

LE

SYNDROME UTÉRIN

FONCTIONNEL

DE NATURE NEURO-ARTHRITIQUE

(CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PSEUDOMÉTRITES CHRONIQUES)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 mai 1906

PAR

JEAN-LOUIS CROS

né à La Salvetat (Hérault)

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GROLLIER, ALFRED DUPUY SUCCESSION
Boulevard du Peyrou, 7

1906

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✱)..... DOYEN.
TRUC..... ASSESSEUR.

Professeurs

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (✱).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (✱).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (✱).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et appareils.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.

Professeur-adjoint : M. RAUZIER.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

*Professeurs honoraires : MM. JAUMES, E. BERTIN-SANS (✱).
GRYNFELTT.*

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	RAUZIER, prof. adjoint.
Pathologie externe.....	JEANBRAU, agrégé.
Pathologie générale.....	RAYMOND, (✱), agrégé.
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE, agrégé libre.
Accouchements.....	PUECH, agrégé libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. JEANBRAU.	MM. GUERIN.
RAYMOND (✱).	POUJOL.	GAGNIERE.
VIRES.	ARDIN-DELTEIL.	GRYNFELTT Ed.
VEDEL.	SOUBEIRAN.	LAPEYRE.

M. H. IZARD, secrétaire,

Examineurs de la thèse :

MM. TÉDENAT, président.	MM. VIRES, agrégé.
GRANEL, professeur.	JEANBRAU, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE, A MON PÈRE

Ce travail, c'est à vous que je le dédie,
comme gage d'une inaltérable reconnais-
sance et d'un profond amour.

A MON FRÈRE

En témoignage d'une sincère affection.

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

J.-L. CROS.

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

A NOS MAITRES DE L'HOPITAL CIVIL D'ORAN

Nous les prions d'agréer l'expression de notre
gratitude pour le bon accueil qu'il nous ont fait,
pour l'intérêt qu'ils nous ont toujours témoigné et
pour les conseils judicieux qu'ils nous ont pro-
digués.

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MON EXCELLENT AMI LE DOCTEUR A. MAGE

J.-L. CROS.

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS
VIRES ET JEANBRAU

A ces deux jeunes maîtres qui savent, par leur infinie bienveillance, se faire de leurs élèves des amis, nous offrons l'hommage de nos sentiments de profonde gratitude pour les marques de sympathie qu'ils nous ont témoignées.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

DIRECTEUR DU JARDIN DES PLANTES

Nous garderons de ce maître, estimé de tous, le plus précieux souvenir pour la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli.

J.-L. CROS.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

Nous le remercions bien sincèrement du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse et de l'amabilité avec laquelle il a bien voulu nous donner quelques observations inédites.

C'est à l'opérateur distingué, au clinicien délicat, dont la méthode d'enseignement nette et précise, faite, au chevet du malade, de causeries humoristiques, est si féconde en résultats pratiques, que nous rendons hommage, en le priant d'agréer l'expression de notre respectueuse et profonde admiration.

J.-L. CROS

INTRODUCTION

S'il est une question qui puisse passionner le médecin, c'est celle qui a trait à l'étude des *métrites chroniques*. Il suffit de pénétrer dans une salle d'hôpital pour voir la large place qu'occupent les malades atteintes de cette affection, et pour comprendre le nombre de plus en plus considérable de travaux qu'elle suscite chaque jour.

L'intérêt tout particulier qui se rattache à l'étude d'une affection aussi répandue est motivé par le désaccord qui règne encore à l'heure actuelle parmi les auteurs sur sa vraie nature, tant au point de vue étiologique que pathogénique et thérapeutique. Là où certains, et Pozzi (Traité de gynécologie, IV^e édition, 1905) en particulier partage cette opinion, sous l'influence des idées pasteurienues, ne veulent voir que le résultat d'une *infection*, dont le début remonte à une date plus ou moins éloignée, d'autres, parmi lesquels nous pouvons citer dans ces dernières années Doléris, Richelot..., reprenant les idées des anciens auteurs, Aran, Scanzoni, Treub..., font jouer au *tempérament*, à la *diathèse neuro-arthritique*, le rôle prépondérant, et, à côté des métrites chroniques d'origine purement infectieuse, décrivent un ensemble de troubles utérins d'ordre diathésique, liés à une viciation constitution-

nelle de la nutrition, caractérisée par une tendance aux congestions, aux hémorragies, à la sclérose, et présentant au point de vue clinique un tableau symptomatique à peu près identique à celui des métrites vraies.

Ils se basent, pour étayer leur manière de voir, sur l'absence totale d'infection, la malade n'ayant présenté à aucun moment le moindre trouble réactionnel pouvant nous faire déceler cette dernière. Et, à l'appui de leur théorie, ils nous rapportent des observations dans lesquelles l'anatomie pathologique vient confirmer leur diagnostic. Nous nous trouvons le plus souvent en présence de gros utérus, à surface lisse, à cavité agrandie. Si nous faisons une coupe de cet organe, nous sommes frappés par l'hypertrophie et l'hyperplasie plus ou moins grande de tous les éléments qui le constituent : glandes, tissu conjonctif, fibres musculaires, mais en aucun point nous ne découvrons de trace de processus infectieux. Ces auteurs les considèrent comme des troubles trophiques d'ordre diathésique.

Ces deux opinions ainsi formulées nous paraissent trop absolues, et il nous semble que bien souvent, à des troubles utérins que l'on croit être d'ordre purement diathésique, on doit attribuer une origine infectieuse ; mais l'infection a été tellement légère, que, ne se traduisant par aucun symptôme bien manifeste, elle a pu facilement passer inaperçue. Ainsi s'expliquent bien des cas qui nous apparaissent comme chroniques d'emblée chez des malades dont l'organisme entaché d'une tare diathésique héréditaire ou acquise présente une

« augmentation de tendances morbides », et par conséquent une réceptivité très grande à l'invasion microbienne. « L'organisme, dit Doléris, imprime sa marque signalétique à un processus qui, autrement, se fût éteint, la tare constitutionnelle éternise le processus, la constitution morbide, en un mot, fait la chronicité. »

Nous pouvons ainsi concevoir la constitution et les troubles de nutrition comme une prédisposition capable de préparer l'infection ; nous les voyons aussi intervenir pour exagérer les lésions les plus simples et les éterniser dans les tissus, apparaître, en un mot, comme un élément surajouté capable d'engendrer la permanence des lésions, la chronicité des infections banales les plus légères.

Cette conception semble réduire le champ des *pseudométrites d'origine purement neuro-arthritique* dont parle Riche-lot. Leur existence ne saurait toutefois, comme nous le verrons, être mise en doute. Le tempérament neuro-arthritique peut à lui seul créer dans l'utérus, en dehors de toute infection, un ensemble de troubles fonctionnels simulant la métrite vraie. Cette notion, d'une importance capitale au point de vue thérapeutique, doit être désormais bien connue des médecins.

A côté de ces métrites chroniques d'origine infectieuse et de ces troubles neuro-arthritiques, il serait intéressant d'étudier au chapitre du diagnostic une variété de pseudométrites en rapport avec les affections aiguës et chroniques des autres organes de l'économie, les maladies infectieuses, les

intoxications... Il serait bon de voir le retentissement que peuvent avoir sur l'utérus les affections du cœur, du rein, du foie, etc.

Une étude ainsi comprise serait très vaste ; aussi ne pourrions-nous donner, dans un travail de cette nature, à chacune des parties de ce programme, le développement qui lui conviendrait.

Etudier parallèlement et comparativement les métrites chroniques vraies, dont nous ferons un exposé rapide, et, en insistant tout particulièrement sur eux, certains troubles utérins que nous considérerons avec les auteurs qui les ont bien décrits dans ces derniers temps comme d'ordre purement diathésique ; dégager, en un mot, du groupe confus des métrites chroniques, un ensemble de troubles trophiques, vasculaires, nerveux et glandulaires, se traduisant par des hémorragies, des douleurs, un catarrhe cervical non purulent, formant un véritable « syndrome utérin de nature neuro-arthritique » ayant une modalité étiologique, clinique et thérapeutique particulière, tel est le but que nous nous sommes proposé.

A cette question se rattache un grand intérêt d'ordre pratique, car, comme nous le verrons, le traitement sera tout différent dans l'un et l'autre cas, et son efficacité dépendra d'une indication étiologique bien nette et bien précise.

ÉTUDE GÉNÉRALE DE LA DIATHÈSE NEURO-ARTHRITIQUE

D'après Bouchard, l'arthritisme est une entité morbide qui se manifeste par les symptômes suivants :

- 1° Relâchement des tissus fibreux.
- 2° Hypertrophie, prolifération et sclérose des éléments normaux des tissus.
- 3° Tendance aux poussées congestives.
- 4° Hypersécrétion et catarrhe glandulaire.
- 5° Douleurs spontanées et mobiles, névralgies et migraines, spasmes musculaires.

Ce petit aperçu nous montre que l'arthritisme est un trouble général nerveux et musculaire, et qu'il peut porter sur toutes les fonctions de l'organisme et créer dans tous les viscères de l'hypertrophie, de la sclérose, des hémorragies, des ptoses, des douleurs. Les troubles du système nerveux qu'on observe chez les arthritiques paraissent y jouer un grand rôle, car, outre que le système nerveux règle l'abondance des métrorragies, les névralgies et les spasmes décèlent son éréthisme constant.

Si maintenant nous voulons donner du neuro-arthritisme une étude générale, nous pouvons dire avec Hannequin (1901) qu'il est essentiellement caractérisé :

« a) Par une tendance à la congestion, par une excitabilité réflexe exagérée qui explique la fréquence des affections à forme spasmodique du jeune âge et le retentissement douloureux sur tous les systèmes de l'économie des accidents pathologiques qui surviennent chez les arthritiques à toutes les périodes de l'existence.

» b) Par une diminution de l'activité nutritive qui ne fait plus subir aux aliments introduits dans l'estomac et élaborés dans l'organisme les métamorphoses nécessaires à leur élimination par les reins, la peau et les poumons sous forme d'urée, d'eau et de CO^2 , terme ultime de leurs transformations. Les acides, les graisses et les sucres non brûlés, l'acide urique non transformé complètement en urée, s'accumulent dans nos humeurs et nos tissus pour donner lieu à une série d'accidents pathologiques, de manifestations morbides qui viennent à la fois traduire cette imparfaite élaboration de la matière et révéler l'élément primordial sur lequel elle prédomine. Telle est l'origine de la *dyscrasie acide*, de la *goutte*, de la *gravelle*, de l'*obésité*, de la *lithiase biliaire*, maladies de nutrition proprement dites qui peuvent exister à l'état isolé mais que l'on trouve beaucoup plus souvent associées chez le même sujet ou les différents membres d'une même famille, le vice de nutrition primordial, l'imparfaite élaboration qui leur donne naissance portant, presque toujours, sur tous les aliments transformés ou non en matière vivante et non pas exclusivement sur l'un d'eux.

» c) Par une viciation nutritive qui porte *non plus sur l'élaboration des éléments immédiats* (matières azotées, graisses, sucres, acides) *destinés à la réparation de nos tissus ou à la production de la chaleur et de toutes les énergies, mais sur nos tissus et nos organes eux-mêmes*, en fait des tissus infir-

mes, vite atteints d'usure prématurée, de vieillesse anticipée, des organes de moindre résistance vite frappés d'incapacité, d'insuffisance fonctionnelle, de *meiopraxie* comme le disait Potain, quand nous leur demandons un surcroît de travail. Cette viciation nutritive, ordinairement congénitale et héréditaire n'est pas fatale ; elle ne porte pas sur tous nos organes et tous nos tissus, mais seulement sur quelques-uns d'entre eux.

» C'est tantôt un défaut de résistance contre nature, une faiblesse héréditaire du tissu musculaire lisse et du tissu conjonctif qui forme les parois de nos veines, de nos viscères et les ligaments suspenseurs ou de maintien de nos organes : *d'où les varices, les dilatations d'estomac, les déplacements ou ptoses de la matrice, du rein, du foie, des intestins, etc.* Ce sont parfois les muscles striés, spécialement ceux de l'abdomen qui sont insuffisants ou frappés d'arrêt de développement au niveau *des anneaux herniaires, d'où le relâchement des parois abdominales et les hernies* si fréquentes chez les arthritiques.

» C'est tantôt un défaut de vitalité de ces mêmes tissus (*conjonctif et musculaire lisse*) de l'épithélium des vaisseaux, des synoviales articulaires et des tissus périarticulaires qui deviennent plus irritables, plus vulnérables, qui offrent moins de résistance aux agents pathogènes, qui deviennent plus accessibles à toutes les causes de congestion, d'inflammation, avec tendance à l'hyperplasie, c'est-à-dire à la suractivité formative, à la dégénérescence, à la transformation fibreuse, à la sclérose : *d'où l'emphysème pulmonaire, les arthrites chroniques, les lésions scléreuses des artères, des veines et des viscères* (artériosclérose, phlébosclérose, sclérose viscérale, d'origine artérielle ou non) *polysclérose de Landouzy ; d'où les phlébites si fréquentes que l'on observe parfois chez presque tous les membres d'une même famille.*

» Ainsi se créent les hérédités de tissus et de maladies qui

les frappent, ainsi se créent les hérédités des organes et des viscéropathies.

» Or toutes ces maladies, toutes ces affections, en apparence si disparates, sont réunies entre elles par un lien commun : le vice de nutrition que l'on retrouve à l'origine de chacune d'elles, et qui est lui-même sous la dépendance d'un trouble général de l'innervation, marquant de son empreinte la plupart des manifestations de la diathèse.

» La plupart des arthritiques portent le cachet, la marque, l'empreinte de cette origine nerveuse ; ce sont des malades nerveux, irritables, à tendances congestives, à excitabilité réflexe exagérée, à réactions vives dépassant facilement le but. Ce sont des malades qui appartiennent à la grande famille névropathique ; ce sont, pour employer l'heureuse expression du professeur Landouzy, des *neuroarthritiques* également prédisposés par leur tare originelle aux diverses névroses : *neurasthénie, hypochondrie, mélancolie, hystérie, etc...*, aussi bien qu'aux *affections arthritiques*, et dont le nombre est destiné à s'accroître tous les jours, les maladies dont ils sont atteints étant des maladies de civilisation avancée, dans la genèse desquelles les excitations cérébrales répétées, les dépenses intellectuelles exagérées, les émotions déprimantes, les excès de plaisir de toute sorte, aussi bien que les excès de table, entrent pour la plus large part. »

C'est cet ensemble de symptômes que nous verrons évoluer chez nos malades ; chacune d'elles présentera, concurremment avec les troubles utérins, certains des symptômes que nous venons d'indiquer ; ces troubles, une fois éliminées toutes les causes capables de les produire et de les expliquer (infection, maladies générales, intoxications...), nous les rattacherons à leur vraie nature : la diathèse, le tempérament neuroarthritique.

HISTORIQUE

Les anciens auteurs, qui se faisaient de l'*inflammation* une conception un peu étroite, rejetaient hors de la métrite tout ce qui ne rentrait pas dans l'ancienne définition : *tumor, rubor, calor, dolor*. Mais leur sens clinique, leur esprit observateur, leur avaient fait entrevoir à côté de la métrite vraie un ensemble de *troubles utérins* qu'ils désignaient sous le nom d'« *états morbides sans néoplasmes* ». Ils nous ont laissé des tableaux cliniques dans lesquels nous voyons admirablement décrit le rôle que joue dans les affections utérines le *tempérament neuro-arthritique*. Ils ont noté la « *tendance aux poussées fluxionnaires de l'appareil génital des rhumatisants* » ; ils ont décrit des « *leucorrhées goutteuses* » (Storek), des « *métrites arthritiques* » (Guilbert), « *des hémorragies utérines causées par la goutte* » (Barthéz).

Huguier (Bull. de l'Acad. de Méd., t. XV, pp. 1, 2), 1850), faisait de la congestion une des phases de la métrite chronique.

Guéneau de Mussy, Martineau, Storek, Guilbert, Récamier (Bull. de l'Acad. de Méd., 1850), Scanzoni (De la métrite chronique, Paris, 1866), Nonat, Martineau, de Sinéty (Traité prat. de Gyn., Paris, 1884, 2^e édit.) ont donné d'excellentes descriptions de la *mollities uteri*, de l'*engorgement utérin des fluxions diathésiques*, et établi une différence très nette entre la *métrite inflammatoire* de la muqueuse utérine et certains

engorgements qui en simulent la symptomatologie et l'évolution.

Aran a fait un magistral tableau de la congestion utérine : « La congestion, disait-il, fait en quelque sorte partie intégrante des fonctions du système utérin, puisqu'elle est indispensable à la ponte ovulaire et à la production de l'hémorragie périodique qui l'accompagne. Si elle est exagérée ou prolongée outre mesure, elle constitue un accident morbide d'une réelle importance. Or les phénomènes que l'on observe en pareil cas sont assez constants et assez précis pour qu'on puisse en faire une entité morbide. » Et ailleurs, « nous réclamons hautement, dit Aran, une grande part pour la congestion utérine qui est la véritable cause et le véritable point de départ de la plupart de ces hypertrophies que M. H. Bennet dit être d'origine inflammatoire. »

Récamier (Acad. de Méd., 1850, 5 février) a exprimé la même idée de la façon suivante : « Il y a des tuméfactions et des engorgements utérins résolubles qui ne sont pas inflammatoires... et qui se comportent comme les engorgements hémorroïdaux érectiles de la marge de l'anus. »

On avait même une tendance à exagérer l'influence de la congestion. Duparque ne disait-il pas : « La congestion conduisait à l'engorgement, et l'engorgement aboutissait suivant le cas à la *suppuration, aux indurations cartilagineuses ou osseuses... et même au cancer.* » Ceci explique la confusion qui régnait à cette époque en gynécologie.

Plus tard, sous l'influence des idées pasteurienues, on voit se manifester la tendance à subordonner tout au microbe et à rejeter les faits décrits dans les anciens livres et admirablement observés, mais présentés d'une façon un peu confuse ; de sorte que la plupart des auteurs nient aujourd'hui qu'en dehors des déviations et des tumeurs il puisse se produire des affections utérines autres qu'inflammatoires.

Quelques auteurs ont dans ces dernières années réagi contre cette tendance.

Dolérís (Endométrite et son traitement, 1886) propose de séparer de la métrite infectieuse « les états pathologiques qui sont la conséquence de simples troubles de la nutrition nés sous l'influence de perturbations nerveuses, sanguines et qui correspondent à ce qu'on appelle l'*hypertrophie chronique*, l'engorgement, la congestion. « Je repousse, dit-il, du cadre de la métrite tous les troubles utérins, passagers ou durables, dans lesquels je ne trouve point à l'origine l'élément microbien. »

Armand Siredey dans un travail remarquable (La grandeur et la décadence de la congestion utérine) a montré que la congestion primitive existe, qu'elle est même fréquente et absolument indépendante des raptus congestifs secondaires aux inoculations de l'endomètre et aux maladies générales, enfin qu'elle est d'essence neuroarthritique.

Paul Petit (Journal de Méd. de Paris, 1897) fait également entrevoir la nécessité de séparer de la métrite microbienne certains états congestifs primitifs auxquels il assigne une individualité propre.

Richelot surtout, dans une thèse inspirée à son élève Hepp, et dans une discussion provoquée à la Société de gynécologie et d'obstétrique (1899-1900), a nettement formulé qu'il existe « une dystrophie primitive de l'utérus que l'on rencontre chez certaines femmes issues de souche arthritique, neuro-arthritiques elles-mêmes, et se traduisant par une tendance à la congestion, à la sclérose, tendance commandée par une perturbation de l'innervation vaso-motrice, dont l'origine, le *primum movens*, nous échappe. » Il a admis et démontré (*Pseudométrites des Arthritiques nerveuses*) qu'il existe des congestions, des hyperplasies et des névralgies utérines qui n'ont rien à voir avec la métrite.

Pichevin (Semaine gynécologique, 1897) propose de remplacer l'étiquette purement négative de *Pseudométrites* (Richelot) par celle de *congestion utérine*.

Doléris, Bouilly, Delbet, tout en se rangeant à la manière de voir de Richelot, ne la partagent pas entièrement, et à côté de la sclérose utérine primitive décrivent une *sclérose secondaire* à laquelle aboutissent la plupart des *infections chroniques prolongées de l'utérus*.

Doléris croit à l'influence de la congestion, il croit même à la sclérose constitutionnelle, mais il pense qu'elle est beaucoup plus rare que ne le soutient Richelot.

L. M. Pierra (Communication au IV^e Congrès de Gyn., Obst. et Péd., Rouen 1904) estime que les troubles physiologiques produisant la congestion et la sclérose de l'utérus doivent être soigneusement distingués de la métrite chronique, qui est, elle, un état morbide.

A l'étranger parmi les auteurs qui se sont particulièrement occupés de la question nous pouvons citer :

Winter (Zeitschrift f. Geb. u. Gyn., t. XIV, 1888).

— C. Van Tussembrock et Mendes de Léon (Zur Pathologie der Utrusmucosa (Arch. f. Gyn., 1894, t. XLVII, p. 497 et Congrès international de Paris 1900. Section de Gynéc. Séance du 7 août).

— Lehmal (Arch. de tocologie, 1891, p. 385, 464 et 565).

— Pfannenstiel (Centrabl. f. Gynaek., 1891. Versamml. der. deut. Nat. u. Aertzte, 1891, p. 288).

— Doederlein (Centralb. f. Gynaek, 1891, n° 44, p. 888. Zur Anatomie und Ætiologie der. Endometritis, Centralb. f. Gyn., 1896, p. 1145).

— Treub (Congrès intern. de Gyn. de Bruxelles, p. 376. Nederl. tijd. voor voor verlosk. Haarlem, 1892, t. IV, p. 77).

— Keller (Centralb. f. Gyn., 1897).

— Reinicke (Métrorrh. et sclér. des Art utérines. Archives f. Gyn., 1897).

— Simmonds (Münch med. Woch., 1900).

— Theilhaber (Munch-med. Woch., 1900, n° 14, p. 453).

— Walthard, de Berne (Corresp. f. Schw. Aertzte, 1900, n° 16, p. 470).

— Rainevi, de Turin (Giornale di gin. e ped. 1901, n° 12).

— Kollmann, de Weilheim (Münch. med. Woch., 1901),

— Menge, de Leipzig (Centralb. f. Gyn. 1901, n° 50).

— Vedeler (Les métror. hystériques. Arch. f. Gyn., 1902, t. LXVI, n° 1, p. 176).

De tous ces travaux se dégage nettement la tendance manifeste de certains gynécologistes à établir une dualité de la métrite : *métrite microbienne et métrite amicrobienne*. Sous l'influence des travaux de l'école de Bouchard il s'est formé une réaction heureuse de la notion de *terrain* contre celle de *microbe*, si bien que depuis quelque temps on semble se détacher de plus en plus de la formule : « *La maladie est hors de nous.* » Cette notion, vraie en pathologie générale, trouve sa place, comme nous allons le voir, dans le cas qui nous occupe.

CONDITIONS ETIOLOGIQUES

La seule définition que nous devons admettre aujourd'hui de la *métrite chronique* est la suivante : « *C'est un état pathologique de l'utérus déterminé par des microorganismes.* » Elle est donc de nature infectieuse. Quels sont les germes que nous pouvons rencontrer dans cette affection ? Tout d'abord ceux qui vivent normalement à l'état de saprophytes dans le vagin : des aérobies et des anaérobies, certains saprophytes ayant l'aspect de cocci ou de bacilles, des staphylocoques blancs ou dorés... On a même accusé certains protozoaires (*Tulliosidoria*), qui, sous certaines influences, deviendraient virulents et seraient la cause insidieuse, inaperçue de certaines métrites.

Les germes peuvent-ils remonter dans l'utérus et produire la métrite ? Menge, en 1894, a fait une série d'expériences qui avaient pour but de résoudre les deux questions suivantes :

1° Existe-t-il des germes pathologiques dans le vagin de la femme ?

2° Que deviennent les germes lorsqu'on les y introduit artificiellement ?

La première série d'expériences est faite sur 50 femmes allaitées depuis quelques jours, n'ayant pas subi par conséquent de contamination extérieure. Les cultures prises *au fond du vagin*

ont été 44 fois stériles, 6 fois elles ont donné des colonies ; dans un cas on a trouvé des cultures pures de streptocoque pyogène.

Les cultures prises à l'entrée du vagin ont été 48 fois fertiles, 2 fois stériles.

Au point de vue de la réaction des sécrétions le fond du vagin était 28 fois acide, 18 fois alcalin, 6 fois neutre.

Au point de vue microscopique la sécrétion vaginale n'était en aucun cas absolument privée de microbes ; les bactéries dominaient ; le bacille vaginal de Doederlein n'existait que dans quelques cas.

La deuxième série d'expériences est faite sur 85 femmes.

Il introduit au fond du vagin les germes pathogènes suivants : *bacille pyocyannique*, *staphylocoque* et *streptocoque pyogène*, et le résultat a été le suivant : disparition rapide des bacilles pathogènes introduits et cela dans un intervalle de 2 h. 1/2 à 70 heures. Il explique cette disparition par la nature de la sécrétion vaginale, par la réaction de cette sécrétion et enfin par l'action des leucocytes.

De même une série de 6 expériences portant sur le col de l'utérus a donné le même résultat.

La conclusion de l'auteur est que :

1° *L'infection spontanée en dehors d'une lésion puerpérale n'existe pas.*

2° *Qu'en dehors des gonocoques, les bactéries ne peuvent vivre dans la zone alcaline du canal génital, en particulier du col.*

En 1898, Hallé confirme les idées de son prédécesseur. Il est surtout d'accord avec lui pour admettre qu'à partir de l'orifice externe du col, l'appareil génital (utérus et trompe) ne renferme pas de microbe à l'état normal.

Ces idées sont conformes à celles émises par Doederlein, Treub, Pfannenstiel, Winter, Delbet, Cazin, Wertheim, Stroganoff.

Mais si à l'état normal les microbes ne sont pas pathogènes, ils peuvent le devenir et il suffit d'une lésion de la muqueuse (vulvovaginite, légère érosion produite par des manœuvres d'onanisme...) pour expliquer l'action des microorganismes végétant autour de la région anale, ou apportés soit par un coït malpropre, soit par les poussières, soit par l'introduction de corps étrangers.

Nous voici arrivé aux deux principaux agents d'infection, le *streptocoque* (agent principal de l'infection puerpérale), le *gonocoque* (produisant la blennorrhagie). La parturition est une des causes les plus fréquentes de métrite. Après l'accouchement normal, l'avortement spontané ou provoqué, larvé ou reconnu, l'utérus se trouve dans un état particulièrement favorable à l'éclosion d'une infection, surtout s'il y a déchirure du col, ou rétention de caillots, de débris de placenta ou de membranes. C'est alors que peut se produire d'emblée une infection suraiguë (métrite puerpérale) ou dans les suites des couches une infection aiguë ou chronique, le microbe venant se greffer sur une muqueuse incomplètement reformée par un arrêt d'involution. On comprend alors l'influence néfaste d'une injection septique ou de l'introduction d'instruments malpropres. Dans cette inflammation puerpérale, c'est le streptocoque qui est considéré comme l'agent spécifique. Cependant un certain nombre d'auteurs prétendent qu'en dehors du streptocoque elle peut être provoquée par le *staphylocoque* (Zweifell, Felhing, Brieger) ou par le *bacterium col commune* (Chantemesse, Widal, Legry).

Le gonocoque est le second agent principal de la métrite. C'est dans les glandes profondes et sinueuses du col qu'il se localise habituellement, et il peut demeurer là pendant un

temps plus ou moins long doué d'une virulence atténués. Mais qu'un avortement ou un accouchement surviennent, ou qu'on fasse une exploration intempestive, et alors l'infection est transportée au corps et parfois le dépasse. Naegerrath (*Ueber latente gonorrhæ*) prétend que chez les femmes gonorrhéiques l'accouchement est suivi d'*endométrite* et de *salpingite* dans la proportion de 75 p. 100.

Quand nous aurons dit que toute opération faite dans le canal génital (toucher, cathéterisme, abaissement, dilatation, incision, curettage, etc.) peut devenir le point de départ d'une métrite si les précautions aseptiques n'ont pas été prises, nous aurons donné l'étiologie de la métrite vraie.

Nous ne ferons qu'indiquer les métrites tuberculeuses primitives, dues au bacille de Koch ; on en a rapporté quelques cas très rares, et elles ne méritent pas qu'on s'y arrête.

Skonoskiadis aurait observé dans 16 cas des résultats positifs sur un ensemble de 24 observations concernant des femmes atteintes de pneumonie, de fièvre typhoïde, de méningite, de pleurésie purulente... Toutes ces observations méritent confirmation. Il n'est pas douteux que toutes ces maladies rentrent en ligne de compte en tant que causes occasionnelles secondaires, l'organisme étant affaibli et doué ainsi d'une réceptivité plus grande pour le microbe.

Passons maintenant à la catégorie de malades dont nous avons à faire l'étude. Que voyons-nous ?

Tout d'abord un premier point doit être bien établi : *c'est l'absence totale d'infection*. En second lieu, nous voyons ces troubles utérins évoluer habituellement aux deux âges extrêmes de la vie : *puberté et ménopause*, chez des jeunes filles encore vierges, n'ayant couru aucun risque de contamination, chez de vieilles filles, vierges encore, ou de vieilles femmes ayant cessé depuis longtemps tout rapport sexuel et dont

le dernier accouchement *sans suite fébrile* remonte déjà à une date éloignée, 10, 15 ans et plus. C'est à ces deux époques qu'ils apparaissent avec toute leur intensité, traduisant ainsi un mouvement fluxionnaire intense.

« Regardez-les bien, nous dit Richelot, ces jeunes filles qui vous sont amenées par leur mère ; elles se ressemblent toutes. Elles ont des règles difficiles, irrégulières, tantôt insignifiantes, la congestion menstruelle les fait horriblement souffrir, et le flux catarrhal (je répète le mot) paraît suppléer à la médiocrité de l'écoulement sanguin. Elles sont nerveuses ; elles peuvent même avoir des attaques d'hystérie. N'empêche qu'elles se croient lymphatiques ; c'est l'opinion de leur mère, de leur médecin..... Beaucoup sont des *arthritiques nerveuses*. Elles présentent de la dyspepsie, des migraines, des névralgies diverses, de l'eczéma, des douleurs articulaires. Elles sont d'une lignée rhumatismale ou goutteuse, reproduisant fidèlement les troubles morbides reconnus chez leurs parents. Bref, ce sont des *arthritiques nerveuses*. » Vieilles femmes, elles se ressemblent toutes aussi, et si nous les interrogeons, nous apprenons qu'elles ont toutes présenté dans le courant de leur existence, à des degrés divers, quelques-uns des stigmates du neuroarthritisme. Les conditions les plus favorables à la congestion augmentent de nombre à mesure que la femme avance en âge ; aussi est-ce surtout à cette époque encore plus qu'à la puberté que les hémorrhagies de nature congestive se rencontrent.

Mariées, ayant eu des enfants, la plupart nous disent que leurs troubles menstruels remontent à l'installation de leurs premières règles ; elles ont souffert avant et après avoir enfanté. Leur accouchement n'a présenté rien de particulier si ce n'est quelquefois une *hémorrhagie de la délivrance souvent abondante* et une *involution lente de leur utérus*, dues à l'atonie de leur muscle utérin.

Toutes présentent des anomalies de la menstruation. Habituellement réglées tard, vers 16, 18 ans, leurs règles sont peu abondantes, de courte durée (1-2 jours) ou au contraire très abondantes, durant 8-10 jours. Elles sont souvent douloureuses et se font remarquer par leur irrégularité : aménorrhée à laquelle succèdent des ménorragies et des métrorragies de plus ou moins longue durée.

En présence de l'impossibilité où nous sommes de découvrir chez nos malades la moindre trace d'infection microbienne pouvant expliquer les troubles utérins, sans vouloir toutefois nier absolument une infection toujours possible et passée inaperçue ; si nous songeons d'autre part que nous sommes toujours en présence d'une même catégorie de malades, présentant les mêmes stigmates, faisant partie de la grande famille neuroarthritique, ne sommes-nous pas en droit d'attribuer à cette diathèse même le rôle essentiel, primordial dans la genèse de ces troubles génitaux ? Sans doute, on peut encore les rencontrer en dehors de l'infection, en dehors du neuroarthritisme. Ce sera un point intéressant de diagnostic. Mais, une fois éliminées les causes capables de les engendrer, nous serons obligé de les rattacher à leur vraie nature : le tempérament neuroarthritique. Du reste l'étude anatomique et le traitement viendront confirmer notre manière de voir.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ce chapitre s'est éclairé d'un jour nouveau depuis que l'hystérectomie vaginale a permis l'examen complet et minutieux des utérus enlevés. Les leçons du professeur Cornil, les recherches et les travaux de Ruge, Veit, Wyder, Doederlein, Fischel, pour ne citer que les plus importants, ont mis en lumière les points principaux et précisé les lésions essentielles macroscopiques et histologiques. Pierre Delbet (Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus) a fait un exposé aussi complet que possible de la question.

Voyons tout d'abord quelles sont les lésions que nous présentent les utérus atteints de métrite chronique vraie. Dans un second chapitre nous étudierons les modifications que présentent les utérus atteints de troubles de nature neuro-arthritique.

A. — Étude anatomique et histologique des utérus atteints de métrite chronique

Tout d'abord nous diviserons l'utérus en deux parties, le corps et le col, bien qu'il soit assez hasardé de poser en principe qu'il existe deux espèces autonomes de métrites : une métrite corporelle et une métrite cervicale. Peut-être

pourrait-on admettre une métrite cervicale susceptible de rester localisée au col, au début de l'affection tout au moins? L'inflammation peut, en effet, dans quelques cas rares, ne jamais dépasser l'orifice interne; mais le plus souvent il faut bien reconnaître que la métrite est totale, bien que ses manifestations soient plus évidentes dans une des deux parties. En réalité l'indépendance des deux segments de l'utérus est incomplète. Mais l'infection peut se localiser assez étroitement avec une prédominance manifeste du côté du col. Il y a plus: la caractéristique anatomo-pathologique est différente au col et au corps, et par suite de sa structure et de sa situation la portion vaginale est le siège de toute une série d'altérations qui lui sont spéciales.

I. — LÉSIONS MACROSCOPIQUES. — a) *Corps de l'utérus.* — Si nous faisons une laparotomie, nous découvrons bien souvent, à l'ouverture de l'abdomen, des lésions du côté des annexes: l'inflammation, partie de l'utérus, s'est propagée jusqu'aux annexes, produisant ainsi une *méthro-annexite*. Si le cas est ancien il peut arriver que, par suite des réactions qui se sont produites du côté de la séreuse péritonéale qui le recouvre, il se soit formé des adhérences qui peuvent créer des difficultés pour l'ablation de l'utérus.

Le volume de l'utérus métritique est à peu près normal, quelquefois augmenté; mais alors l'hypertrophie est partielle et se traduit par des bosselures, des nodosités que l'on peut percevoir à la palpation.

Si nous faisons une coupe de cet organe, nous nous trouvons en présence de tissus ramollis et friables en certains points, durs et scléreux en d'autres. Son aspect n'est pas homogène; à côté du tissu gris rosé normal, nous trouvons, suivant l'ancienneté des lésions, tantôt un tissu gris jaunâtre, comme graisseux, tantôt un tissu parsemé de nodules bril-

lants, nacrés, représentant le tissu fibreux qui a pris la place des lésions primitives de la métrite pour former de la sclérose insulaire.

La muqueuse nous présente une coloration rouge foncée, lie de vin, violacée même. Épaissie, molle, boursoufflée, comme pulpeuse, remplie fongosités, elle se détache par places du parenchyme sous-jacent, prenant ainsi l'aspect d'une surface ulcérée constituée par des papilles enflammées dévêtues de leur épithélium. En d'autres points elle présente des végétations, des villosités.

b) Col de l'utérus. — Le col plus ou moins gros présente à sa surface tantôt des érosions, tantôt des saillies arrondies plus ou moins volumineuses qui ne sont autre chose que des kystes glandulaires à contenu épais filant et que l'on désigne sous le nom d'*œufs de Naboth*. C'est par l'atrésie des conduits excréteurs des glandes, mettant ainsi obstacle à l'issue du mucus sécrété, qu'ils sont formés. Le parenchyme, de consistance plus ou moins ferme, a quelquefois doublé, triplé, quadruplé d'épaisseur.

Le muqueuse très épaissie a disparu par places. Elle est plus villeuse que la muqueuse du corps sécrétant un mucus épais, visqueux. De sa surface se détachent parfois des végétations se présentant sous forme de polypes, tantôt sessiles, tantôt pédiculés et faisant hernie à travers l'orifice du col.

Bien souvent, surtout lorsque la métrite survient après un accouchement, s'il y a eu déchirure du col, nous voyons la muqueuse s'éverser, et nous apparaît sous forme d'une ulcération, formant ainsi un véritable *ectropion*. Lorsque l'éversion est de date ancienne, l'épithélium primitivement cylindrique peut devenir cubique et pavimenteux comme celui du museau de tanche.

II. — LÉSIONS MICROSCOPIQUES. — Étudions tout d'abord la muqueuse. Nous la trouvons épaissie, granuleuse ; l'épithélium est détruit en certains points. Parfois, c'est principalement sur l'élément glandulaire que se porte la lésion. Nous avons affaire alors à l'*endométrite glandulaire* se caractérisant par une hypertrophie des glandes, qui deviennent allongées, flexueuses, émettant un prolongement dans le stroma. L'épithélium des glandes est formé de grandes cellules cylindriques à plateau avec cils vibratiles. Rappelons en passant qu'à l'état normal, les glandes de la muqueuse du col ont une structure différente de celles du corps, notion qu'il importe d'avoir bien présente à l'esprit.

Souvent on observe de la kariokynèse des noyaux ; dans la cavité glandulaire on trouve des cellules migratrices, des globules blancs, sortis par diapédèse, et indices de l'inflammation. Il y a infiltration de cellules embryonnaires qui, plus tard, donneront naissance à du tissu fibreux rétractile qui étouffera les éléments nobles et atrophiera l'organe. Mais, fait capital, malgré toutes ces modifications, l'épithélium de revêtement ne cesse pas d'être nettement limité par une ligne de cellules aplaties, toujours visibles, ce qui le distingue des altérations néoplasiques.

Sommes-nous en présence d'une *métrite parenchymateuse*, nous voyons un stroma exubérant étouffant les éléments glandulaires et musculaires. La cause de cette modification réside dans l'infiltration du stroma par des cellules inflammatoires. Ce processus peut s'effectuer d'une manière diffuse ou aboutir à la formation d'îlots épars. Il s'agit là d'un processus de sclérose dont les vaisseaux semblent être le point de départ, le centre de formation. A. Petit a signalé ce phénomène de l'épaississement scléreux des vaisseaux qu'il a appelé de l'*endopérivascularite*. Au voisinage des foyers inflammatoires on observe fréquemment des exsudats

séro-albumineux qui se sont infiltrés entre les cellules du stroma.

Si nous étudions le parenchyme, nous voyons des lésions étendues : fibres musculaires atrophiées, séparées par des traînées de tissu conjonctif lâche ; prolifération énorme des capillaires sanguins, présentant de l'endopérivascularite, veines dilatées et épaissies autour desquelles on trouve des cellules embryonnaires. Les lymphatiques sont quelquefois très dilatés.

Les suppurations du parenchyme utérin sont très rares, qu'il s'agisse du corps ou du col. On a cité quelques cas ; habituellement il s'agit d'abcès du paramètre et non d'abcès avérés du parenchyme.

En résumé, nous voyons dans l'utérus métritique, l'infection se traduire dans la muqueuse par une altération des éléments épithéliaux, glandulaires, que vient remplacer un tissu conjonctif de nouvelle formation dû à une infiltration leucocytaire considérable, prenant dans le parenchyme la place de l'élément musculaire.

En clinique on ne constate qu'exceptionnellement des inflammations strictement limitées soit au tissu conjonctif, soit au revêtement des glandes ; la règle, c'est d'observer un stroma de nature conjonctive en voie de prolifération active dans lequel les glandes sont modifiées comme nous l'avons dit plus haut.

B. — Etude anatomique et histologique des utérus atteints de troubles de nature neuro-arthritique

I. — ÉTUDE MACROSCOPIQUE. — L'utérus est le plus souvent augmenté de volume et cela dans des proportions variables depuis l'utérus de la vierge un peu plus gros que la normale,

jusqu'au gros « *utérus géant* » qu'on peut rencontrer chez la femme à l'approche de la ménopause. Sa surface est parfaitement lisse et la séreuse péritonéale qui le recouvre absolument intacte. Les annexes, parfois saines, renferment le plus souvent dans leur épaisseur un plus ou moins grand nombre de kystes ; *l'utérus scléreux globuleux coïncide en effet souvent avec l'ovaire scléro-kystique*. Les arthritiques nerveuses, même très jeunes, ont des ovaires scléro-kystiques. De très bonne heure apparaît cette dégénérescence du tissu ovarien, lésion qui peut survenir sans doute dans des ovaires infectés, mais qui le plus souvent n'a rien à voir avec l'infection et survient avant toute infection possible.

Si nous examinons les trompes, nous les voyons complètement saines, ce qui nous permet de supposer qu'une infection n'a pu se propager par son intermédiaire de l'utérus à l'ovaire.

Nous notons souvent aussi une position anormale de l'utérus : légère antéversion quelquefois ; le plus souvent rétrodéviation, le corps de l'utérus a basculé en arrière dans le cul-de-sac de Douglas ; mais ici aucune adhérence, l'utérus est parfaitement mobile. Parfois avec une rétroversion nous trouvons un col démesurément augmenté de volume, et une notable hypertrophie sus-vaginale.

Faisons une coupe de cet organe. Nous trouvons le parenchyme toujours augmenté de volume, tantôt mou, tantôt dur, mais présentant une surface de section homogène. La consistance est partout la même. De plus, ici, l'organe est augmenté de volume dans toute son étendue : *c'est une hypertrophie totale*.

La muqueuse est aussi hypertrophiée, mais *lisse, régulière*, ne présentant aucune solution de continuité. La coloration est uniformément la même. Notons aussi l'agrandissement de la cavité utérine.

Le col est aussi hypertrophié ; sa coloration est rose ou rouge, mais ne présente jamais la coloration violacée « *épiscopale* » de la métrite vraie. De plus, nous ne trouvons ici aucune érosion ; au toucher la surface nous paraît lisse, unie. Nous voyons à travers le col suinter des glaires visqueuses, transparentes, mais jamais de pus ou de mucopur.

II. — ETUDE HISTOLOGIQUE. — Prenons maintenant la muqueuse et voyons les modifications qu'elle nous présente. Nous voyons tout d'abord des glandes hypertrophiées, allongées, flexueuses, mais gardant toujours entre elles des rapports à peu près constants, ne modifiant en rien le tissu interglandulaire qui est normal et ne présente jamais d'infiltration embryonnaire. Il y a tout simplement hyperplasie glandulaire. « La muqueuse est œdématiée et présente de la dégénérescence séreuse de ses éléments. » (*Pompe Van Meerdervoort*).

Dans certains cas nous trouvons sous l'épithélium un grand nombre de vaisseaux embryonnaires, à paroi peu épaisse, réduits à leur endothélium et coïncidant avec des utérus saignant facilement. Nous sommes alors en présence d'un tissu hypertrophié, mais assez mou, caractérisé par l'hypertrophie et l'hyperplasie des éléments musculaires et vasculaires.

D'autres fois nous voyons dans le parenchyme une hyperplasie du tissu conjonctif, et alors nous sommes en présence d'un tissu blanc, lardacé, exsangue. Cet état représente un type de sclérose avancée ; toutefois on n'observe pas de destruction du tissu musculaire ; au contraire, la fibre persiste et quelquefois même prolifère. L'hyperplasie du tissu conjonctif périvasculaire peut être telle, qu'elle rétrécit la lumière des vaisseaux, tout en conservant normale la pro-

portion des fibres musculaires qui ne sont altérées ni dans leur structure ni dans leur dimension. Notons aussi l'absence de cellules embryonnaires et d'éléments leucocytaires, caractéristiques de l'infection. Les travées fibreuses ne prennent pas ici la place des éléments nobles et n'amènent pas la diminution et l'atrophie de l'organe comme le font les scléroses d'origine infectieuse.

Parfois, enfin, nous sommes en présence d'un « *utérus géant* » remontant jusqu'à l'ombilic et dont le tissu interstitiel constitue la majeure partie : c'est un utérus fibromateux sans fibromes.

« Nous trouvons dans tous ces cas une hyperplasie générale de tous les tissus utérins, touchant principalement le parenchyme, dans lequel on constate de la sclérose périvasculaire à un degré variable suivant l'âge du sujet et la date plus ou moins rapprochée de l'apparition des accidents » (Hepp). Remarquons que toutes ces modifications dans la structure de l'utérus évoluent sans fièvre, sans retentissement sur l'état général, sans réaction du côté de la muqueuse ou du péritoine.

Il serait intéressant d'examiner ici les relations qui peuvent exister entre l'arthritisme et le cancer. Il n'est point possible de donner à ce sujet de réponse ferme et catégorique. On connaît cependant à cet égard l'opinion de Verneuil et de son élève Ricard qui pourrait presque se résumer ainsi : « Tout néoplasique est arthritique », affirmation sans doute trop absolue mais qui renferme une grande part de vérité. Bien souvent, en effet, quand les cancéreux n'ont pas eux-mêmes de tare arthritique bien manifeste, on trouvera l'arthritisme chez leurs ascendants. M. le professeur Tédénat croit que beaucoup de ces troubles utérins survenant à la ménopause ou après la ménopause sont dus à un processus cancéreux à évolution le plus souvent très lente.

Pour nous résumer, empruntons à Cornil la description suivante qu'il a donnée des caractères histologiques trouvés sur deux utérus enlevés par hystérectomie vaginale : « épithélium de la muqueuse intact, glandes serrées et allongées, stroma sans altération, parenchyme épaissi et dur, élément musculaire normal, un peu hyperthrophié ; les faisceaux musculaires ne sont pas traversés par des bandes de tissu fibreux ; la sclérose est périvasculaire systématique ; il est difficile de dire si l'élément musculaire est augmenté de quantité, mais sur la plupart des coupes le rapport normal entre le tissu conjonctif et musculaire semble conservé. »

Nous voyons donc qu'à côté des utérus métritiques nous présentant des lésions nettement inflammatoires aboutissant à l'atrophie de l'organe nous trouvons des utérus ne présentant aucune altération pathologique, mais caractérisés tout simplement par une tendance à l'hyperplasie glandulaire conjonctive, vasculaire et musculaire, et que nous pouvons rapprocher dans certains cas des utérus fibromateux par leur évolution vers la sclérose hypertrophique.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous laisserons volontairement de côté la symptomatologie de la métrite aiguë et nous étudierons celle de la métrite chronique, soit d'emblée, soit secondaire à un état aigu. Nous voyons apparaître alors un ensemble de symptômes fonctionnels auxquels viennent se joindre des troubles dans les organes avoisinants et des modifications dans l'état général.

Appelé auprès d'une malade atteinte de métrite chronique, voici quel est habituellement le tableau qui se présente à nous. Elle nous racontera qu'elle a depuis quelque temps des « *pertes blanches* » se caractérisant par un écoulement jaune ou jaune verdâtre, épais, crémeux, gélatiniforme, tachant le linge, l'empesant ou non, quelquefois strié de sang. Elle nous dira qu'elles sont survenues après l'accouchement ; nous apprendrons alors que les suites de couches ont été mauvaises : elle a eu de la fièvre, présenté des frissons. D'autres fois la recherche des anamnestiques nous fait découvrir dans les antécédents de la malade une « *uréthrite* » ; elle a ressenti des douleurs cuisantes coïncidant avec une sensation de brûlure à la miction.

Elle se plaindra de troubles de la menstruation : tantôt de ménorragies, tantôt de métrorragies plus ou moins abondantes et répétées, survenant soit spontanément, soit, le plus

souvent, à l'occasion d'un effort, de fatigues, de coït répété. Toutefois, certaines femmes ayant une métrite sont bien réglées, et leur état général ne paraît pas bien affecté.

Elle accusera des douleurs plus ou moins violentes ; certaines ne souffrent pas, le seul symptôme qu'elles présentent étant la leucorrhée. Mais quand la douleur existe les malades se plaignent, tantôt d'une douleur hypogastrique, tantôt d'une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, de poids, de fatigue dans les cuisses, dans les jambes. D'autres fois, c'est une douleur au niveau du pli de l'aîne, plus souvent au niveau des reins, s'irradiant alors dans le haut des cuisses. C'est surtout au moment des règles qu'elles se font sentir ; mais elles peuvent exister en dehors d'elles et se manifester dans leur intervalle. La douleur est toutefois tolérable et ne présente pas le caractère d'acuité que nous retrouverons plus loin chez certaines malades.

Si maintenant nous passons à l'examen direct de la malade, nous allons nous rendre compte de l'état de son utérus. Le volume n'est pas sensiblement modifié. L'utérus est légèrement sensible à la pression, plus ou moins mobile, suivant qu'il y a ou non des lésions du côté des annexes. Comme consistance il est tantôt mou, tantôt dur, tantôt scléreux (surtout dans les vieilles métrites parenchymateuses). Par le toucher, nous trouvons le plus souvent le col entr'ouvert, présentant des déchirures, des ulcérations, des bosselures sur son pourtour, indice de formations kystiques (œufs de Naboth). Avec le spéculum nous voyons la coloration plus ou moins violacée du col. Nous nous rendons compte qu'il existe habituellement des érosions, de l'ectropion de la muqueuse, quelquefois des polypes ou des kystes. Le museau de tanche est hypertrophié, soit dans sa totalité, soit dans sa portion sous ou sus-vaginale, chacun de ces états pouvant se produire.

Le toucher nous renseigne sur l'état des culs-de-sac qui peuvent être libres ou être le siège d'une tuméfaction due, le plus souvent, à la présence, à droite ou à gauche, des annexes plus ou moins altérées. Quelquefois le corps de l'utérus a basculé dans le cul-de-sac antérieur, habituellement dans le cul-de-sac de Douglas. Ces divers états se manifestent soit par des douleurs iliaques ou ilio-inguinales dues à une salpingo-ovarite concomitante, soit par des douleurs pelviennes, traduisant fréquemment une rétrodéviation.

A côté de ces troubles utérins la malade peut présenter des troubles dans les organes voisins, ou même des troubles à distance. Ce sont tantôt des envies fréquentes d'uriner, tantôt des douleurs à la miction en dehors de tout état blennorrhagique, tantôt enfin une constipation opiniâtre se traduisant par de vives douleurs au moment de la défécation, des épreintes, du ténesme. D'autres fois la malade se plaint de météorisme ; elle voit son ventre s'enfler, elle présente des nausées, des vomissements. Bien souvent avec de la constipation survient de l'entérite muco-membraneuse,

On a signalé une toux utérine sèche, quinteuse, pouvant donner matière à une erreur de diagnostic en faisant songer à une tuberculose au début, surtout chez des malades qui, de par leur maladie, deviennent subitement pâles, très anémiées. On a signalé aussi des accès d'asthme, des palpitations de cœur, etc.....

Toutes les malades sont loin de présenter tout le tableau que nous venons de décrire. Chez certaines, l'unique symptôme est une leucorrhée plus ou moins abondante ; et, en l'absence d'hémorragie et de toute douleur, elles laissent s'éterniser leur métrite sans recourir au traitement, étant ainsi à chaque instant sous le coup d'une poussée nouvelle, d'une complication du côté des annexes.

Si maintenant nous étudions nos malades au point de vue

symptomatique, que voyons-nous ? Les mêmes troubles dans les organes voisins, les mêmes troubles à distance. Comme troubles fonctionnels, les mêmes aussi : *hémorragies, douleurs, hydorrhées*, mais beaucoup plus accentués. A ce point de vue nous pouvons les diviser en deux types bien tranchés : *femmes présentant de grandes hémorragies, femmes se plaignant de fortes douleurs*.

Nous allons ébaucher quelques types cliniques qui, mieux qu'une description, nous permettront d'analyser ces symptômes, et surtout de voir chez quelle catégorie de malades ils évoluent.

C'est tantôt une jeune fille de 17 à 18 ans, encore vierge, réglée depuis peu. Elle nous apprend que ses règles sont survenues très tard, vers 15 ou 16 ans, et que, dès leur apparition, elles se sont manifestées par une vive douleur et par leur abondance. Elles sont encore irrégulières et la malade se plaint d'un sentiment de pesanteur dans le bassin, de plénitude, de « *chaleur intérieure* ». Quelquefois à une aménorrhée de quelques mois, pendant laquelle les phénomènes douloureux augmentent d'intensité, succèdent des métrorragies qui inquiètent la malade par la perte énorme de sang qu'elles occasionnent.

Interrogée sur son passé, elle nous apprendra qu'elle ne s'est jamais alitée. Elle nous dira qu'elle est sujette à des crises nerveuses ; nous serons frappé par la *bizarrie*, l'*instabilité* de son caractère. Nous apprendrons qu'elle a présenté dans sa première enfance de multiples *fluxions du côté de la peau et des muqueuses, principalement à la tête, à la face, des poussées eczémateuses fugaces, prurigineuses, récidivantes, des épistaxis, des coryzas, des trachéobronchites congestives*, etc.

Si nous remontons dans ses antécédents héréditaires, nous

apprenons que le père était un rhumatisant, qu'il a présenté de nombreux accès de goutte, que la mère était sujette à des migraines épouvantables, à de fortes hémorragies qui l'obligeaient quelquefois à garder le lit.

Si nous passons à l'examen direct de son utérus, son volume ne paraîtra pas très augmenté. Il est mobile ; rien du côté des culs-de-sac ; mais à la pression de la fosse iliaque droite ou gauche, nous déterminons une légère douleur, douleur qui se manifeste quelquefois spontanément, dit la malade. Le col nous paraîtra parfaitement lisse, uni, sans érosion, sans ulcération, sans déchirure ; mais il est turgescent, et nous sommes frappé par sa couleur rouge, indice de congestion qu'il présente. Cette malade nous offre le type de ce que l'on a faussement appelé « **métrite virginale** », et les troubles qu'elle rapporte, nous les attribuons à la diathèse, au tempérament neuroarthritique.

Tantôt c'est une jeune femme de 23 à 24 ans, mariée, se plaignant de troubles menstruels, de dysménorrhée. Ses règles, précédées de fortes migraines, durent 6, 8, même 10 jours. Quelquefois moins abondantes, elles deviennent plus douloureuses. La malade ressent des douleurs obtuses dans les flancs, vers l'ombilic ou à l'hypogastre, revenant par instant sous forme de spasmes, quelquefois d'une manière périodique. Pendant la période intermenstruelle, elle présente parfois une hydorrhée très abondante ; elle se sent mouillée, mais cette perte incolore transparente ne tache pas le linge.

Dans son passé elle ne relève aucune maladie grave ; mais elle fait remonter ses troubles à l'installation de ses premières règles qui ont été tardives, douloureuses, et depuis ne sont jamais venues régulièrement ; elle nous dit qu'elle est sujette *aux migraines, que ses digestions se font mal*, qu'après ses repas son visage devient rouge, congestionné. Elle

nous apprend qu'elle est habituellement *constipée*. De temps en temps son corps se recouvre de *boutons d'acné*. Elle se plaint principalement de *douleurs fugaces dans toutes ses articulations, quelquefois au niveau des reins*. Mais nous ne relevons chez elle aucune trace d'affection quelconque ; ses organes semblent fonctionner normalement.

A l'examen nous trouvons un utérus globuleux, avec une légère tendance à la rétroversion, légèrement douloureux, mais parfaitement mobile, sans la moindre adhérence. Le col gros, rouge, douloureux à la pression, est lisse et ne présente aucun résidu inflammatoire.

L'abondance de ces règles peut nous faire penser à un type de pseudo-métrite que l'on appelle **pseudo-métrite hémorragique** ; mais ici l'hémorragie n'est pas encore bien accusée. Nous verrons, en effet, des malades qui se plaignent d'être constamment dans le sang ; celle dont nous allons esquisser l'étude va nous en fournir un exemple typique.

C'est une femme adulte d'environ 40 ans, obèse. Elle se plaint de fortes hémorragies survenues depuis quelque temps et sans cause apparente. Le dernier accouchement, normal, sans aucune suite infectieuse, remonte à une dizaine d'années ; veuve depuis huit ans, elle nous affirme avoir cessé depuis tout rapport sexuel. Elle a vu survenir depuis quelque temps, d'abord une ménorragie : les règles, qui duraient 3, 4 jours, sont devenues de plus en plus longues, plus tard irrégulières. Puis sont survenues des métrorragies abondantes, de sorte qu'aujourd'hui elle se plaint d'être continuellement dans le sang. Ces pertes abondantes coïncident avec des phénomènes douloureux plus ou moins violents. Elle se plaint surtout d'une pesanteur presque continuelle dans le petit bassin.

Si nous examinons cette malade, nous voyons un périnée flasque, mou. Si nous écartons les grandes lèvres, le col

utérin nous apparaît gros, hypertrophié, faisant hernie dans le vagin, l'utérus présentant du prolapsus. La paroi abdominale est le siège d'une laxité considérable. Nous constatons à la palpation de l'abdomen un déplacement du rein ; le foie est descendu, l'intestin pèse sur la paroi abdominale, qu'il distend facilement, étant donné sa laxité. Nous avons, en un mot, de la *viscéroptose*, liée à un défaut de soutènement des ligaments suspenseurs, dû à leur mauvaise nutrition.

Interrogée sur ses antécédents personnels, la malade nous présente toute la gamme, tous les stigmates du neuro-arthritisme. Elle a éprouvé des *accès d'asthme*, des *bronchites à répétition*, des *poussées de dermatoses rebelles*, des *migraines*, de la *dyspepsie*, des *accidents hépatiques* ; et c'est maintenant que vient se dessiner dans la filiation chronologique des accidents « cette tendance descendante du processus congestif, qui oriente les manifestations arthritiques vers les organes abdominaux », le foie, l'utérus, le rectum, l'anus, et nous voyons apparaître chez notre malade les *coliques hépatiques et néphrétiques*, les *hémorroïdes*, les *varices*, et enfin les *hémorragies abondantes* dont elle vient se plaindre à nous.

C'est un type parfait de ce que l'on a appelé la **pseudo-métrite hémorragique**. Nous devons encore en rechercher la cause dans le tempérament neuro-arthritique. Pourrait-on, en effet, invoquer un processus infectieux, survenu après l'accouchement et resté latent depuis ? Mais on comprendrait difficilement que de pareils troubles puissent évoluer pendant de si longues années sans provoquer la moindre manifestation réactionnelle du côté de l'état général. Or la malade nous dit que les suites de couches ont été normales. Nous ne trouvons dans ses antécédents aucune trace d'affection pouvant expliquer un retentissement du côté de son utérus.

Nous voici enfin en présence d'une femme d'une cinquan-

taine d'années à l'approche de la ménopause. Son passé utérin a quelque chose de bien caractéristique. Elle nous dit *avoir souffert toute sa vie au moment des périodes menstruelles*. Régulée tard, ses règles se sont depuis souvent montrées d'une façon irrégulière : hémorragies d'abord courtes, se répétant à des intervalles de plus en plus rapprochés, faisant suite à une période d'aménorrhée plus ou moins longue. Maintenant ces hémorragies sont tellement rapprochées et abondantes qu'elles ont modifié l'état général d'une façon excessive.

Les phénomènes douloureux sont aussi remarquables par leur intensité. Quelquefois à des accidents nerveux vagues (agacement, tristesse, inquiétude, besoin irrésistible de pleurer) font place des douleurs mieux circonscrites (névralgies, gastralgies, migraines). D'autres fois encore à des sensations de poids, de gêne, de tension, de corps étrangers volumineux, de chaleur brûlante dans le petit bassin succèdent des coliques très vives avec sensation de tiraillement dans les reins et dans les aines, rendant la malade absolument impotente et lui faisant éprouver les plus grandes difficultés pour s'asseoir, se tenir debout et surtout pour marcher. Ce tableau répond bien à ce que l'on a dénommé **pseudo-métrite douloureuse**.

La malade avait présenté jusqu'à ces dernières années un état général relativement bon. « Ce qui est, en effet, caractéristique de ces hémorragies, dit Aran, ainsi que la constatation en a été faite depuis longtemps par Duparcque, c'est que l'abondance et la prolongation du flux sanguin ne diminuent en rien la congestion, la rougeur et le gonflement persistant un long temps, tandis que dans la plupart des affections organiques où l'on voit des métrorragies, l'organe utérin est rapidement décoloré, comme la peau et les muqueuses, comme le reste de l'organisme. »

Mais depuis quelque temps la malade a beaucoup maigri,

s'est cachectisée. Anémiée à un degré souvent inquiétant, elle a des pesanteurs de tête, des bouffées de chaleur, des vertiges, des palpitations, des céphalalgies cruelles avec tendance à la syncope.

Là encore, si nous interrogeons la malade sur son passé, nous voyons se manifester au cours de son existence *les tendances diathésiques, les stigmates du neuro-arthritisme.*

Si nous faisons un examen de son utérus, nous trouvons qu'il est énorme, remontant au niveau de l'ombilic, augmenté dans tous les sens, présentant une sensation spéciale différente de celle qu'on observe et dans la grossesse et dans les fibromes. Du côté des annexes on trouve les ovaires un peu gros et douloureux à la pression. Le col hypertrophié mais lisse, de consistance dure et égale, est légèrement entr'ouvert et nous voyons sourdre des caillots par son orifice externe. Pas d'ulcérations, pas d'ectropion de la muqueuse. La malade nous raconte qu'elle a été curettée plusieurs fois ; mais après chaque curettage les phénomènes hémorragiques et douloureux, au lieu de s'amender, ont subi au contraire une légère aggravation. Nous avons là un exemple de ce que l'on a appelé la **métrite parenchymateuse hypertrophique, l'utérus géant.**

Si maintenant nous prenons ces divers types de malades que nous avons étudiés aux différents âges de la vie pour en faire un type clinique unique, que nous suivrons à travers toute son existence, nous aurons une série ininterrompue, « depuis le gros utérus, habituellement congestionné, mais de moyen volume, jusqu'au degrés extrêmes du gigantisme utérin. » Ce qui nous frappera surtout, c'est à côté de l'absence de pertes jaunes ou jaunes verdâtres, caractéristiques de la métrite chronique, l'intensité des phénomènes hémorragiques et douloureux pouvant à la longue faire naître dans

la santé générale de notre malade une grande perturbation, se traduisant par une symptomatologie spéciale. De ces symptômes les plus communs sont un amaigrissement notable, parfois extrêmement prononcé, une coloration terne, particulièrement de la face, des yeux languissants, sans expression, respirant l'angoisse, la douleur, l'abattement, en un mot le facies particulier bien connu sous le nom de « facies utérin ». La peau est sèche et quelquefois terreuse, les muqueuses sont décolorées ; on observe du refroidissement presque continu des extrémités, des troubles les plus divers dans les fonctions digestives, depuis la dyspepsie simple jusqu'aux vomissements aqueux, bilieux, alimentaires ; des palpitations de cœur, un état de malaise général, de découragement, d'agacement nerveux, d'inertie, d'indifférence complète, une incapacité absolue pour toute espèce de travail et d'occupation. La malade, sans cesse préoccupée par sa situation, devient particulièrement impressionnable ; elle pleure pour un rien. Chez elle le système nerveux est particulièrement atteint et nous la voyons payer un large tribut à la neurasthénie sous toutes ses formes, « ayant comme note dominante un découragement profond, une disparition plus ou moins complète de la volonté qu'accompagnent des sensations douloureuses dans tous les organes. »

[Observation I

(De M. le professeur RICHELOT)

Mlle Clémence B..., 20 ans, sans profession. Vierge.

C'est une fille nerveuse, sans antécédent pathologique, qui depuis deux mois souffre de leucorrhée et de douleurs dans le ventre. Réglée depuis l'âge de 16 ans, ses règles ont toujours été très abondantes et douloureuses.

A l'examen, tout l'appareil génital paraît normal, on ne constate que de la leucorrhée et qu'une grande sensibilité ovarienne.

Les douleurs ayant résisté à tous les traitements, le 19 février 1891 un curettage est pratiqué, il ne décèle rien d'anormal du côté de la cavité utérine.

Résultat nul. — Les douleurs persistent.

Le 26 mars 1891. — Devant l'échec du curettage, M. Richelot fait une laparotomie exploratrice qui lui montre un corps utérin normal dans un péritoine sain, mais qui, par contre, fait découvrir deux énormes ovaires polykystiques allongés. Castration bilatérale.

Suites opératoires tout à fait normales. Les douleurs de la malade disparaissent presque entièrement jusqu'au mois d'août 1891. A ce moment, elles reparaissent et s'accroissent progressivement en dépit de tous les médicaments antinévralgiques.

La malade et sa mère supplient M. Richelot de pratiquer une nouvelle opération.

Le 14 juin 1892. — M. Richelot fait l'hystérectomie vaginale qui est rapide malgré l'étroitesse extrême du vagin.

Depuis ce jour, guérison parfaite; qui s'est maintenue depuis.

Observation II

(In thèse de M. le docteur M. HEPP)

Mme T..., âgée de 26 ans, marchande de volailles, a été réglée à 14 ans régulièrement, mais toujours abondamment, ses règles durent 8 jours.

Elle est d'apparence saine, mais elle s'est toujours plaint de douleurs fugaces dans les jointures, de névralgies, de migraines. De plus elle souffre, depuis l'époque où elle fut réglée, d'une douleur vive au niveau de la fosse iliaque gauche, douleur qui s'exagère au moment des règles et qu'on peut localiser dans l'ovaire.

Mariée à 22 ans, elle a eu son premier enfant à 23 ans. La grossesse, les couches et les suites de couches ont été tout à fait normales. Le médecin qui l'a soignée comptait que son accouchement contribuerait à faire disparaître la douleur dont elle se plaint au niveau de l'ovaire gauche, mais ses calculs ont été déjoués, cette douleur

est devenue plus aiguë et les règles sont plus abondantes que par le passé.

2^e accouchement à 24 ans (1897). Je pratique cet accouchement qui est normal, sauf une hémorragie de la délivrance très abondante qui exige une longue irrigation chaude intra-utérine. Suites de couches, apyrétiques. La douleur ovarienne que la malade m'a signalée persiste assez vive. Je constate par l'exploration qu'elle est bien limitée à l'ovaire gauche qui est un peu gros et très sensible au toucher.

3^e accouchement à 25 ans en août 1898. Je pratique à nouveau cet accouchement ; l'expulsion de l'enfant est aisée. Mais une hémorragie extrêmement abondante se produit aussitôt et m'oblige à faire une délivrance artificielle suivie d'une irrigation chaude pendant trois quarts d'heure avant que ne cesse l'inertie utérine. Suites de couches parfaites, absolument apyrétiques.

A partir de ce moment, la douleur ovarienne gauche croît de jour en jour ; la malade est soignée par un autre médecin qui applique vainement des tampons, des crayons intra-utérins, des pointes de feu. bien que l'involution utérine ait été tout à fait régulière, qu'il n'y ait pas de pertes blanches, que le retour de couches soit survenu en temps normal.

Après deux mois de soins inutiles, la malade s'adresse à moi. A l'examen, je constate que tout est absolument normal du côté de son utérus, de ses annexes et de son péritoine. Seul l'ovaire gauche dont elle a toujours souffert est sensible à la pression.

Je me contente de prescrire des douches vaginales chaudes, des bains alcalins, des douches froides en jet, du cascara sagrada. Au bout d'un mois de ce régime l'amélioration est considérable.

J'adresse alors la malade à Mme Rosenthal, docteur en médecine, qui pratique pendant un mois environ du massage utérin et annexiel. Le résultat de ce massage est merveilleux ; la douleur ovarienne qui dure depuis douze ans disparaît complètement. En continuant le régime des bains alcalins et des douches froides, la malade se maintient depuis plus de six mois dans un état de santé florissant, tel qu'elle n'en avait jamais connu.

Nous considérons cette observation comme un type de fausse métrite avec ovaralgie chez une arthritique nerveuse. L'ovaralgie s'est

exagérée à la suite de l'intervention intra-utérine nécessitée par l'accouchement, sans que l'infection puisse être en rien incriminée, puisque la température n'a pas cessé d'être normale et que l'involution utérine s'est faite sans incident dans les délais normaux.

L'influence favorable immédiate des douches froides et des bains alcalins, après échec du traitement antiseptique intra-utérin, vient d'ailleurs démontrer que l'infection utérine n'était pour rien dans ces troubles déjà anciens chez une femme à règles abondantes ménorragiques.

Observation III

(Résumée in Thèse de SCHMIDT)

C'est une femme de 32 ans, dont la mère a eu un prolapsus utérin.

Réglée à 17 ans 1/2, irrégulièrement et abondamment; cette malade a eu, à 20 ans, une ménorragie qui a nécessité le tamponnement.

Mariée à 20 ans, elle a quatre accouchements à terme et une fausse couche. Elle a perdu abondamment après le premier accouchement et après la fausse couche.

Depuis deux ans ses règles sont devenues tout à fait irrégulières et très abondantes; un premier curettage ne lui a donné que deux mois de répit; une cautérisation intra-utérine n'amène pas une sédation plus longue.

Le col est gros et mou, sans déchirure ni ulcérations, le corps est très volumineux.

Devant la persistance des hémorragies, l'hystérectomie vaginale s'impose.

L'utérus a 11 centimètres, les parois sont très épaisses; la muqueuse est lisse sans fongosités.

Nouveau type d'utérus scléreux.

• **Observation IV**

(Docteur PIERRA)

Mme A..., 33 ans, sans profession.

Antécédents personnels. — Réglée à 16 ans, assez régulièrement ; règles douloureuses et abondantes.

Une grossesse, il y a sept ans ; tout a été normal ; suites de couches apyrétiques ; lever au quinzième jour.

Pas d'infection gonococcique, à aucun moment.

Depuis trois ou quatre ans, rapports sexuels de plus en plus rares (parce qu'ils fatiguent la malade).

Cette femme est le type de l'*arthritique nerveuse*. Elle en a tous les stigmates : *migraine habituelle, névralgies et arthralgies fugaces, caractère bizarre et changeant, énervement facile ; ne supporte pas la moindre contrariété* (voit des médecins, depuis dix ans, à ce sujet), *appétit capricieux, périodes d'anorexie complète, dilatation* (moyenne) *de l'estomac, constipation opiniâtre, hémorroïdes*.

Depuis deux ans, les règles se prolongent de plus en plus, et reparaissent de plus en plus souvent. La malade est presque toujours « dans le sang ». Elle a, en outre — par moments —, des douleurs gravatiques au bas-ventre, qui l'obligent à se mettre au lit, *ce qui n'arrête pas l'hémorragie*.

Premier examen (février 1902). — Utérus gros, épais, en antéversion très légère, cavité très agrandie : 11 centimètres à l'hystéromètre. Col parfaitement sain. Annexes et paramétrium sains. Le cathéterisme ramène du sang ; le plus petit contact d'ailleurs suffit à provoquer un suintement plus ou moins abondant.

Diagnostic. — Congestion utérine chez une neuro-arthritique.

Traitement. — Usage quotidien des alcalins. Laxatifs. Iodures (cure de vingt jours tous les deux mois). Hydrothérapie (tub quotidien). Exercice modéré, mais régulier. Massage (n'a pu être continué à cause de la susceptibilité nerveuse de la malade). Ceinture de flanelle. Lavement frais, tous les matins, avant le lever.

Sous l'influence de ce régime, sous l'influence surtout du départ à la campagne, où elle fait un long séjour, cette malade rentre à Paris, en octobre, sensiblement améliorée.

Dès le mois de novembre, les ménorragies reparaissent, en dépit du repos au lit (ou peut-être sous son influence), elles continuent sans interruption jusqu'à fin décembre. J'ai dû faire, durant cette période, de fréquents tamponnements, le soir (les hémorragies subissant une recrudescence pendant la nuit). L'utérus était *énorme*, à chacun de mes examens, et rempli de caillots.

Voyant l'échec du traitement ordinaire : repos, injections chaudes, hémostatiques, je lui ai permis de se lever, puis conseillé l'exercice. Le traitement antiarthritique a été repris.

A partir d'avril et jusqu'en octobre, surtout durant le séjour à la campagne, état satisfaisant. Il y a bien encore quelques hémorragies mais qui durent peu et permettent à la malade de mener une vie assez active.

En octobre 1903, rentrée à Paris, et presque immédiatement, hémorragie plus abondante que jamais, et qui, du 8 au 21, ne cesse pas.

En même temps, douleurs assez intenses, du côté de la trompe droite, pour qu'un médecin, appelé en mon absence, pense à l'appendicite. Phénomènes péritoniques, état général d'anémie aiguë.

La malade est transportée dans une maison de santé. Le 5 novembre, son état étant le même, l'*hystérectomie vaginale totale* est pratiquée par M. le docteur Récamier. On trouve des ovaires polykystiques. Suites parfaites. Etat normal aussi satisfaisant que possible.

Observation V

(Résumée in Thèse de SCHMIDT)

Une femme de 42 ans, soignée dans le service du docteur Routier, à Necker.

Elle a été réglée à 13 ans; elle souffre dans le ventre, surtout du côté gauche, depuis 14 ans; elle n'a jamais fait de fausses couches, jamais eu de retard de règles.

Depuis trois ans, les règles, jusque-là très régulières, sont devenues très abondantes : elles sont revenues toutes les trois semaines, tous les quinze jours ; elles laissent à peine, dans les derniers temps, quelques jours de répit à la malade.

A l'examen, l'utérus paraît normal, le col est conique à orifice punctiforme, les annexes sont saines.

Tout symptôme de métrite étant absent et les métrorragies persistant en dépit des soins, on pense à un néoplasme et on fait l'hystérectomie vaginale qui permet d'examiner l'utérus. C'est un utérus long de 9 centimètres, à parois épaisses ne contenant aucun fibrome, présentant une muqueuse lisse et unie, sans fongosités : un type d'utérus scléreux.

ÉVOLUTION DE LA MÉTRITE CHRONIQUE CHEZ DES MALADES NEURO-ARTHRITIQUES FORMES MIXTES

Pour être neuro-arthritique les malades n'en sont pas moins sujettes à l'infection. La métrite peut évoluer chez elles avec toutes ses modalités ; bien plus, de par la mauvaise nutrition de leur utérus, sans cesse congestionné, mal nourri, mal irrigué (les coudures qui se produisent au niveau des veines ou des artères, à cause des déviations habituelles qu'il présente, mettant un obstacle à la circulation sanguine), il faut admettre qu'étant ainsi dans de mauvaises conditions de défense, elles pourront s'infecter plus facilement.

Il suffira alors d'une injection malpropre, de l'introduction d'un instrument septique dans l'utérus, pour une tentative de réduction, par exemple, pour que, à la faveur d'une petite érosion, ces malades puissent s'infecter.

Nous devons aussi faire jouer un grand rôle à la ptose des viscères abdominaux, qui, agissant sur l'utérus, peuvent le maintenir en rétroflexion forcée, appuyant fortement sur le rectum et déterminant ainsi une constipation opiniâtre. Les colibacilles à la faveur de cette constipation peuvent pulluler en abondance et par les lymphatiques déterminer une douglassite, pouvant faire naître des adhérences donnant naissance à de vives douleurs.

Le streptocoque et le gonocoque, enfin, viennent apporter leur large part dans l'étiologie de ces formes mixtes. Ce sont alors des malades dont l'involution utérine est sans fièvre au début ; elles sentent tout à coup un frisson indiquant le début de l'infection, qui évolue ensuite pour son propre compte. Pour ce qui est des métrites gonococciques, apparaissant chez des neuro-arthritiques, il est à remarquer que, de même que pour la blennorrhagie, elles s'installent parfois sans douleur, insidieusement, et deviennent dans la suite un sujet de préoccupation pour la malade, à cause de leur ténacité et de leur longue durée, résistant pendant longtemps à tout traitement. Il est vrai que bien souvent on ne voit que la lésion locale et on oublie de s'adresser à l'état général. « La plupart des malades, dit Richelot, qui passent journellement sous nos yeux avec des leucorrhées purulentes, n'ont rien qu'une métrite cervicale. Si derrière ce col malade on aperçoit un gros utérus à cavité agrandie, congestionné, douloureux, il s'agit là d'un état scléreux non inflammatoire et la femme est une arthritique nerveuse ; sinon, combien de fois n'ai-je pas vu derrière ce même col profondément altéré l'utérus petit et dépressible. ».

Dans ces formes mixtes les symptômes que présente la malade (douleurs, hémorragies, leucorrhées) sont *hors de proportion* avec l'état de l'utérus. En effet, la métrite chronique évoluant chez des personnes à tempérament *neutre*, habituellement cantonnée au col n'est presque pas douloureuse et les hémorragies quand elles existent sont de minime importance.

L'utérus naturellement congestionné retiendra en quelque sorte l'infection qui l'a touché et la métrite tendra beaucoup plus facilement à devenir chronique.

Par voie réflexe la métrite du col amènera une congestion permanente du corps, d'où résulteront souvent des métror-

ragies ; l'infection agira sur la congestion et réciproquement, et ainsi s'éternisera le processus infectieux. Dans ces cas de longue durée, lorsque l'infection est combinée à la sclérose, les opérations atrophiques ne donnent rien ou peu de chose ; on voit souvent après une amputation du col et une ablation des annexes les hémorragies continuer, et l'on est réduit à pratiquer l'hystérectomie vaginale pour mettre fin à tous les troubles.

DIAGNOSTIC

Leucorrhée, douleur, hémorragie, tels sont les symptômes fonctionnels que nous trouvons chez nos malades et qui forment un véritable « syndrome utérin de nature neuroarthritique ». Nous allons les examiner successivement.

A. — LEUCORRÉE

Nous ne nous attarderons pas à faire le diagnostic de la leucorrhée. Sa transparence, sous forme d'*hydrorrhée* muqueuse, lui donnant l'aspect d'un mucus filant, *n'empêchant pas le linge*, nous permettra de la distinguer facilement de la couleur *jaunâtre ou jaune verdâtre*, quelquefois striée de sang, remarquable par son *adhérence*, sa *ténacité*, sa *viscosité*, se laissant étirer, allonger, ressemblant à du *blanc d'œuf mal cuit*, de la vraie métrite. Nous ne la confondrons pas non plus avec la coloration quelquefois *gelée de groseille*, *lavure de chair*, *rachure de boyaux*, caractéristique du cancer. Du reste, les débris de la muqueuse, la fétidité de l'écoulement nous permettraient d'en faire facilement le diagnostic.

B. — DOULEUR

La douleur ne présente rien de bien spécial. Le diagnostic

en sera plus malaisé, ses caractères se confondant avec ceux que l'on trouve dans beaucoup d'états physiologiques et pathologiques de l'utérus.

1° *Douleur utérine physiologique*

Nous pouvons la diviser en :

a) Douleurs spontanées de l'utérus au moment des règles (*dysménorrhée douloureuse*) chez des jeunes filles mal réglées, de constitution nerveuse accentuée, héréditaire, chez des lymphatiques et des débiles par « *sensibilité morbide, hyperalgésie, état morbide permanent de la muqueuse.* » On trouve aussi des utérus douloureux au palper en dehors de toute lésion chez des hystériques.

b) Douleur provoquée par le contact direct ou l'examen gynécologique.

c) Forme névralgique de la douleur utérine liée au traumatisme, aux déchirures englobant dans leur processus réparateur des filets nerveux qui seront plus tard impressionnés par les mouvements fluxionnaires (fatigues, règles...).

d) Forme névralgique liée à l'*antéflexion spasmodique* de l'utérus. Les règles sont dans ce cas toujours difficiles et pénibles.

e) Spasmes utérins et périutérins douloureux d'origine réflexe variable.

2° *Douleur utérine d'origine pathologique*

Nous allons trouver la douleur dans les divers états pathologiques de l'utérus.

a) *Métrite aiguë*. — La douleur est diffuse, profonde, tensive, s'irradie vaguement vers les lombes, l'hypogastre et la racine des cuisses. Ayant son siège principal dans la cavité pelvienne, elle s'accompagne de ténésme vésical et rectal. Assez obscure dans la métrite puerpérale, elle est beaucoup plus vive dans la métrite blennorrhagique aiguë.

b) *Métrite chronique*. — 1° *Métrite du corps*. — On observe des tranchées utérines qui, chez certaines malades, se répètent à de fréquents intervalles, tandis que chez la plupart elles sont liées aux règles. S'il s'agit de *dysménorrhée membraneuse*, la douleur est plus tenace et prend un caractère expulsif.

2° *Métrite du col*. — La malade éprouve des maux de reins, ou des douleurs lombaires qu'expliquent les tiraillements des ligaments utéro-sacrés. A chaque période menstruelle apparaît une douleur tensive, continue, avec irradiations lorsque la cervicite est à un degré avancé.

e) *Rétroversion de l'utérus*. — Ici la douleur siègera : 1° soit dans l'utérus au niveau de la face postérieure du corps ; 2° soit au niveau des ligaments tirillés : *utéro-sacrés* (douleur lombaire et sacrée, mal aux reins dus aux tractions sur les filets nerveux utéro-sacrés) et *inguinaux* (émergence des nerfs à l'orifice inguinal externe). Cette douleur n'existe guère que lorsque la malade est debout, surtout si elle garde longtemps cette attitude ; 3° soit enfin au niveau des organes voisins, vessie, rectum. On observera du ténésme, de la dysurie, de la constipation : d'où rectite et spasme du sphincter rectal caractéristiques de la déviation utérine ancienne et accentuée. Nous avons dans la rétroversion prédominance de la douleur sacrée et des troubles du côté du rectum.

d) *Prolapsus utérin*. — Ici au contraire prédominent les troubles lombaires et vésicaux.

e) *Tumeurs de l'utérus*. — *Kystes*. — C'est une affection rare. S'ils dépassent le volume d'une noisette, la douleur est en rapport avec le siège (muqueuse cervicale, isthme, corps de l'utérus). La douleur vague se fond dans les symptômes fonctionnels propres à la métrite chronique.

Cancer. — 1° Cancer du col. — Cette affection particulièrement douloureuse varie avec les diverses formes : *végétantes*, peu douloureuses ; *ulcératives*, de tolérance moindre. Elle est moins douloureuse quand elle débute sur le museau de tanche et s'étend sur le vagin que lorsqu'elle débute dans la cavité du col ou sur l'orifice interne. C'est l'envahissement de la région de l'isthme et de la zone paracervicale de cette région qui marque la date d'apparition de la douleur qui est *lancinante, continue avec paroxysmes, térébrante ou tensive*, avec localisation prédominante à la région sacrée.

2° Cancer du corps. — (*Déciduome, epithelioma, sarcome*). — Il devient douloureux quand l'infiltration a lieu dans les ligaments larges et les viscères ambiants : vessie, intestin grêle.... La douleur est donc ici abdomino-pelvienne ou simplement abdominale et se caractérise par des coliques utérines, apparaissant comme des exacerbations passagères, au milieu d'une tension générale de la matrice plutôt pénible que réellement douloureuse.

Fibromyomes utérins. — La douleur dépend du siège, du volume, de la forme anatomique et de l'évolution de ces tumeurs autant que de la tolérance des malades et de leur degré de sensibilité. De petit volume, ils sont péniblement

supportés quand leur siège est au col, plus facilement quand ils siègent au corps. Lorsqu'ils forment de grosses tumeurs les phénomènes douloureux sont dus aux compressions qu'ils exercent sur les organes pelviens, abdominaux et sur le plexus sacré, surtout au moment des règles où leur volume augmente considérablement.

Nous signalerons encore la douleur que l'on trouve dans la paramétrite, dans les affections périutérines : *ovarites, salpingites, salpingo-ovarites* avec localisation unie ou bilatérale, au niveau de la fosse iliaque droite ou gauche. Elle est tantôt *lancinante, aiguë, avec des redoublements, pulsatile, déchirante et paroxystique au moment des exacerbations* ; tantôt c'est un *pincement profond*, une *sensation de brûlure*, tantôt enfin elle est *obtuse* et caractérisée par une pesanteur sourde dans les accalmies.

Nous noterons enfin ces grandes douleurs *pelviennes sine materia*, dont parle Richelot, se présentant sous forme de grandes névralgies, remarquables par leur mobilité, ne correspondant à aucune lésion utéro-annexielle et s'accompagnant d'un état névropathique plus ou moins accentué.

C. — HÉMORRAGIE

Autrement importante sera pour nous l'étude de l'hémorragie, dont il nous sera souvent difficile de déterminer l'origine. Nous avons vu que nos malades avaient parfois des hémorragies formidables qui pouvaient mettre leurs jours en danger. Ces hémorragies que nous avons étudiées sont des hémorragies primitives ne relevant que de la constitution de la malade. Il sera maintenant intéressant d'examiner les hémorragies secondaires survenant à la suite d'affections

de l'utérus ou d'autres organes par la congestion secondaire qu'elles déterminent du côté de l'utérus.

Un examen attentif de l'état des seins, du volume de l'utérus, de l'état général nous permettra d'éliminer les pertes de sang tenant à la grossesse et qu'il faut toujours avoir présentes à l'esprit.

Nous savons qu'elles sont dues le plus souvent soit à un avortement, soit à une insertion vicieuse du placenta ou à un décollement prématuré des membranes et du placenta normalement inséré. Nous penserons à un avortement quand l'hémorragie surviendra dans les 2 ou 3 premiers mois qui suivront la cessation des règles ; les 2 autres éventualités, au contraire, ne se produisent que dans les 3 derniers mois de la grossesse.

Si nous étudions maintenant les hémorragies qui se rattachent à l'état de vacuité de l'utérus, nous pouvons les diviser avec Moynac en 3 classes principales :

I. Hémorragies par lésion traumatique ou organique de la matrice.

II. Hémorragies par fluction ou stase sanguine dans les vaisseaux.

III. Hémorragies adynamiques, par altération du sang.

Nous ajouterons les

IV. Hémorragies pouvant se produire au cours des affections nerveuses.

V. Hémorragies survenant au cours des affections des autres organes.

I. — *Hémorragies par lésion traumatique ou organique de la matrice*

Les plaies et les contusions violentes déterminent des hémorragies dont la pathogénie est évidente et sur lesquelles il est inutile d'insister.

Parmi les principales maladies organiques qui comptent l'hémorragie au nombre de leurs symptômes, il faut citer :

1° *L'endométrite ;*

2° *La tuberculose de l'utérus ;*

3° *Les myomes, fibromes et fibromyomes ;*

4° *Les polypes*, qui jouent le rôle de corps étranger entretenant une congestion active, une vascularisation excessive de la muqueuse qui aboutit à l'hémorragie plus ou moins abondante.

5° *Les déciduomes ;*

6° *Le cancer ;* coïncide ici avec un écoulement fétide, ichoreux, roussâtre ;

7° *La dysménorrhée membraneuse ;*

8° *La métrite hémorragique* (dégénérescence angiomateuse de Quénu).

II. — *Hémorragies par fluxion ou stase sanguine dans les vaisseaux de la matrice*

1° *Métrorragies* qui accompagnent l'« *hyperplasie sexuelle de Virchow* », l'excitation gènesique chez les jeunes épouses ;

2° *Les kystes de l'ovaire ; le varicocèle ovarien ;*

3° *Les salpingites et les salpingo-ovarites ;*

4° *L'hématocèle rétro-utérine ;*

5° *Le phlegmon péri-utérin ;*

6° *Les déviations utérines : flexion, surtout rétroflexion.*

III. — *Hémorragies adynamiques, par altérations du sang*

L'altération du sang détermine du côté de la muqueuse utérine des hémorragies semblables à celles que l'on observe sur les autres muqueuses. Nous pouvons noter en pareil cas l'influence :

1° *Des maladies infectieuses* : Fièvre typhoïde (Epistaxis utérine de Gübler). — Variole. — Erysipèle. — Rhumatisme articulaire aigu. — Grippe (Pozzi, Gottschalk-Muller). — Le paludisme. — La syphilis.

2° *Des fièvres éruptives hémorragiques* : Scorbut. — Purpura hémorragique. — Ictère acholurique (Gilbert). — Hémophilie, albuminurie. — Leucocythémie, myxœdème, Chloro-anémie, etc.

3° *Des intoxications* : Saturnisme. — Hydrargyrisme. — Morphinisme.

4° *Des agents médicamenteux*. — Salicylate de soude. — Sulfate de quinine. — Arsenic (?).

IV. — *Hémorragies pouvant se produire au cours des affections nerveuses*

Les lésions organiques des centres nerveux ne semblent

pas exercer une influence très marquée sur les vaisseaux utéro-ovariens. C'est surtout au cours des diverses névroses que nous voyons survenir les hémorragies. Nous les trouvons dans :

1° *La neurasthénie.* — Ici l'aménorrhée fréquente n'est qu'exceptionnellement remplacée par l'hémorragie.

2° *L'hystérie.* — Elle offre de nombreux et curieux exemples de ménorragies et de métrorragies, d'aménorrhée avec hémorragie supplémentaire par diverses voies.

3° *Le goître exophtalmique.* — Ici nous trouvons au début des hémorragies prolongées auxquelles succèdent, à la période de cachexie, de longues périodes d'aménorrhée.

Nous citerons encore les hémorragies qui surviennent dans les cas que Doléris a si bien décrits sous le nom de *maladies des veuves et des délaissées*.

V : — *Hémorragies survenant au cours des affections des autres organes*

Parmi les organes dont les affections retentissent sur l'utérus en provoquant l'hémorragie, nous pouvons citer le *le cœur*, le *foie*, le *rein*.

1° *Affections cardiaques.* — Gaillard, Germain Sée, Péter, Hardy et Beher, Durozier, Mercelin, Dalché, Vallon, qui se sont occupés de la question des hémorragies au cours des affections cardiaques, sont arrivés aux conclusions suivantes : Rares chez les aortiques qui sont plus tôt aménorrhéiques, elles sont fréquentes chez les mitrales. Elles sont parfois le premier symptôme d'un rétrécissement mitral. L'aménorrhée remplace l'hémorragie à la période d'asystolie.

2° *Affections du foie.* — Les hémorragies utérines au cours de certaines affections du foie ont été observées par les anciens auteurs. Elles sont rares mais incontestables. Verneuil et ses élèves, Bennet, Siredey, Negel-Stark, Cornillon les admettent surtout au commencement de la maladie ; plus tard à l'époque de la cachexie survient l'aménorrhée. On les observe surtout dans la *lithiase biliaire*, quelquefois dans les *cirrhoses*, dans les *tumeurs du foie*.

Dans l'*ictère bénigne* comme dans l'*ictère grave infectieuse* l'hémorragie est presque la règle ; dans ce dernier cas elle peut être parfois très inquiétante.

3° *Affections rénales.* — L'hémorragie est presque constante au début des *néphrites chroniques*. Siredey cite 3 cas de métrorragies survenues en dehors de toute lésion cardiaque hépatique et de toute affection génitale, mais présentant les symptômes du mal de Bright. Le régime lacté a fait disparaître l'albuminurie et les métrorragies.

M. le professeur Tédénat nous a cité le cas d'une malade qui était venue le trouver avec le diagnostic de *cancer de l'utérus*. Les hémorragies abondantes qu'elle présentait, les pertes très fétides qui s'écoulaient de son vagin, l'état de cachexie prononcée dans lequel elle se trouvait, justifiaient en quelque sorte ce diagnostic. A l'examen, M. le professeur Tédénat trouva un utérus gros, mais mobile, lisse, sans végétation, sans ulcération. L'examen du cœur lui fit découvrir un bruit de galop et l'interrogatoire de la malade lui fournit bientôt tous les signes du petit brightisme.

Le régime végétarien lacté, les frictions sèches, quelques irrigations vaginales et intra-utérines firent bientôt disparaître tous ces symptômes inquiétants. La malade, revue depuis bien souvent, se trouve dans un état général tout à fait satis-

faisant. Cet état, sous l'influence d'un régime hygiénique approprié et bien suivi, se maintient depuis cinq ans.

L'analyse rapide que nous venons de faire des troubles utérins (leucorrhée, douleur, hémorragie) montre que leur valeur séméiologique n'est pas négligeable et qu'il est parfois bien difficile de remonter à leur origine vraie, à leur véritable point de départ.

Un examen complet de la malade devra nous guider dans leur détermination. Nous établirons les phénomènes réels présentés par le système génital (*Diagnostic local*). Nous rechercherons si nous ne trouvons pas, dans l'organisme de la malade, quelque modification capable de réagir sur l'état ou le fonctionnement de l'utérus (*Diagnostic causal*). Nous discuterons les relations de cause à effet pouvant exister entre les troubles locaux et la maladie causale supposée (*Diagnostic de relation*). Nous rechercherons enfin si les troubles utérins réactionnels ne peuvent dépendre aussi bien de troubles locaux de l'utérus que de la maladie causale elle-même (*Diagnostic des troubles réactionnels*). Et cette étude nous permettra de conclure si oui ou non l'utérus ou une maladie causale doivent être invoqués pour expliquer les troubles utérins que nous avons constatés, ou si nous devons trouver leur explication dans le seul tempérament de la malade, le neuro-arthritisme, (*Diagnostic différentiel*).

Nous devons apporter le plus grand soin à faire avec exactitude le diagnostic de ces troubles utérins. Nous hiérarchiserons les symptômes ; nous rapporterons à l'utérus, à la maladie extra-utérine, au tempérament, ce qui leur appartient en propre, et cela non seulement au point de vue du pronostic, mais pour instituer un traitement rationnel. Il n'est point possible, en effet, d'opposer à une hémorragie utérine une médication efficace, si l'on en méconnaît la cause et l'origine.

PATHOGÉNIE

Si maintenant nous cherchons à nous expliquer pourquoi et comment le neuro-arthritisme peut produire dans l'utérus les troubles que nous avons observés, il nous sera bien difficile de pénétrer dans son essence même, le *modus faciendi*, la nature exacte de ce phénomène. Mais à ceux qui se prévaudraient de l'impossibilité où nous sommes de préciser exactement le rôle que joue le tempérament neuro-arthritique pour le nier, nous pouvons répondre : pourquoi l'arthritisme ne créerait-il pas dans l'utérus ces troubles qu'à chaque instant nous lui voyons déterminer dans d'autres organes ? Ne voyons-nous pas, en effet, chez cette catégorie de malades, se faire des poussées congestives du côté du poumon, du foie, du rein, poussées se traduisant à la longue par une sclérose de ces organes ? Ces malades ne sont-ils pas particulièrement sujets aux catarrhes bronchiques, stomacaux... ? Ne paient-ils pas un large tribut à la sclérose pulmonaire, aux cirrhoses, au mal de Bright... ? Pourquoi vouloir alors que l'utérus fasse exception aux autres organes ?

« De récentes expériences et observations, notamment celles de Bouchard et Charrin, ont établi l'influence vaso-dilatatrice de certains poisons bactériens, de certaines toxines dont l'action neuroparalytique a été démontrée. Or, s'il est

une vérité incontestable actuellement, c'est que les plus étroites analogies relient entre elles, au point de vue de leurs propriétés, de leurs affinités et de leur action, les toxines bactériennes et les toxines cellulaires issues de la désassimilation de nos tissus. Qu'y a-t-il donc d'étonnant à ce que l'un des effets de la lente auto-intoxication arthritique soit précisément ces perturbations soudaines et critiques dont les *hémorragies utérines* constituent un exemple, et qu'on pourrait rattacher, d'autre part, aux crises hémorroïdaires que nous voyons fréquentes chez les neuro-arthritiques? »

Ne voyons-nous pas la tendance générale des arthritiques à faire de l'artériosclérose généralisée, et comment ne pas admettre que ces poussées congestives se faisant sous l'influence de ptomaines, comme l'a démontré Charrin, se traduisent par une rupture de vaisseaux au niveau de la muqueuse utérine, rupture que nous voyons se produire physiologiquement tous les mois? « On comprend cette expression primitive d'un état constitutionnel sur l'appareil le plus délicat et le premier en cause, chez des femmes qui plus tard traduiront la morbidité héréditaire par d'autres affections que la nosologie rapproche volontiers. »

L'arthritisme crée-t-il véritablement la lésion? Robin et Dalché pensent qu'il y a simplement « une allure spéciale chez les arthritiques des affections utéro-annexielles ». Chez les infectées sans doute, et ici nous rentrons dans le cadre des formes mixtes dont nous avons parlé. Mais lorsque les malades sont indemnes d'infection il faut bien admettre que l'arthritisme, en créant la congestion utérine, est le facteur essentiel des hémorragies. Bouchard définit l'arthritisme une « dystrophie, une aberration de la nutrition, par défaut d'équilibre des échanges... avec éréthisme nerveux, éréthisme circulatoire et tendances congestives. » Or la cavité pelvienne possède un réseau vasculaire et un réseau nerveux d'une

remarquable richesse. Le premier rend compte de la fréquence et de l'importance des hémorragies utérines, le second de l'intensité des phénomènes douloureux.

Si maintenant, dit Pierra, on voulait pénétrer plus profondément dans leur essence les phénomènes intimes qui finissent par constituer la sclérose utérine, il faudrait se demander par où débute l'affection. Est-ce, comme le pense Brioude (Sclérose de l'Utérus, Th. Paris, 1896) toujours par l'appareil circulatoire ? Huchard estime que ces hémorragies sont des hémorragies par « hypertersion artérielle », et celle-ci n'est évidemment pas douteuse chez les arthritiques. Duplaix, Doléris semblent vouloir faire de l'*artériosclérose* la lésion primitive. Lawson-Tait parle surtout d'« *hyperémie ovarienne* ». Quelques auteurs vont plus loin ; pour eux il y aurait au cas d'hémorragie de véritables *ruptures vasculaires* (Auvard) ruptures, en particulier, d'*athéromes artériels* (Reinicke), d'*anévrismes capillaires* (Raciborsky). Simmonds et Dautech pensent que certaines hémorragies de la ménopause sont dues à la *sclérose* des vaisseaux.

D'autres, par contre, font jouer un rôle prépondérant à des *actions nerveuses* (Dupuy, Des métrorragies essentielles : Th. Paris, 1892. — Siredey, Des ménorragies essentielles des jeunes filles : Semaine médicale, 25 février 1900). Vulpian croit que la congestion et l'hémorragie sont produites par l'*inhibition des centres vaso-moteurs utérins*, situés dans la moelle, et la *paralysie des vaso-constricteurs*. Chéron les considère comme dues à « un phénomène d'*érection* de l'appareil circulatoire de l'utérus survenu sous l'influence d'une excitation périphérique ». Enfin Byford, dans un excellent rapport (Pathogénie des métrorragies essentielles. Congrès international de Philadelphie, 1876), a très bien montré que les conditions qui produisent l'hémorragie ne sont le plus souvent qu'une *exagération* de celles qui produisent la mens-

truation, et qu'il faut leur donner pour origine tantôt le système nerveux, tantôt le système circulatoire. Pierra croit qu'il y a d'abord *prolongation de la congestion périodique normale*, puis modification tardive des vaisseaux, et que les hémorragies sont dues presque toujours à l'intervention d'un *élément nerveux*. « On admet plutôt aujourd'hui une modification dans le métabolisme cellulaire aboutissant à des altérations humorales. La dystrophie cellulaire entraîne une constitution pathologique du sang, une dyscrasie acide qui trouble la nutrition des parois artérielles et favorise leur rupture. »

En somme, si l'on veut résumer ces opinions diverses en une formule unique, on peut dire avec Richelot qu'il s'agit là d'un *trouble neuro-vasculaire*, dépendant du tempérament neuro-arthritique. Ce que l'on voit de plus net comme cause de l'hémorragie, c'est la *névropathie* s'associant très souvent à la *sclérose*, mais établir la part qui revient à l'élément nerveux ou à l'élément vasculaire, ou à tous les deux conjointement, dans la perte de sang, cela est fort délicat. « Définir la matière peccante, l'irritus spécial est précisément le point délicat ; on le soupçonne, on l'admet et il faut bien l'admettre, voilà l'essentiel. »

TRAITEMENT

L'étude complète du traitement de la métrite chronique ne saurait trouver sa place ici. Nous ne ferons qu'en indiquer, sans y insister, les points essentiels, simplement pour établir une comparaison avec le traitement des troubles utérins qui nous occupent, renvoyant aux traités classiques pour la description de la technique opératoire des interventions qui peuvent porter soit sur le col, soit sur le corps, soit sur l'utérus tout entier.

Tout d'abord une notion étiologique domine le traitement ; d'un côté, nous avons l'*infection* (métrite vraie) ; de l'autre, aucune trace d'infection, l'influence du tempérament doit être seule invoquée dans genèse des troubles utérins. La thérapeutique devra donc être toute différente.

Traitement de la métrite chronique vraie

NOTIONS GÉNÉRALES. — La malade gardera le repos au lit ou sur la chaise longue pendant toute la durée de la période menstruelle. C'est un point très important.

* On fera des irrigations vaginales chaudes, abondantes et prolongées.

On combattra la constipation par des laxatifs ou des irrigations rectales.

A. *Mérite du col*. — On fera des irrigations et des tamponnements antiseptiques quotidiens.

Y a-t-il des *ulcérations, bourgeonnantes, saignantes*, on fera des applications de *teinture d'iode*, de *glycérine créosotée* à 1/5 ou 1/3.

Y a-t-il *endométrite cervicale* ou *endocervicite*, le traitement superficiel ne suffira pas ; la muqueuse du col devra être modifiée dans sa profondeur. L'orifice du col est-il large, béant, on portera directement des topiques à l'intérieur du col (*glycérine créosotée* au tiers, *teinture d'iode*, solution de formol....)

L'orifice est-il petit, étroit, on le dilatera préalablement à l'aide d'un pince dilatatrice, de tiges de laminaire ou de bougies de Hégar,

La lésion est-elle profonde, rebelle aux agents médicamenteux, on fera le *curettage*.

Le col est-il lacéré avec déchirures et tissu de cicatrice remontant plus ou moins haut sur le museau de tanche, sans qu'il y ait toutefois ni éversion de la muqueuse, ni ectropion, ni épaissement avec hypertrophie glandulaire, on fera la *trachélorraphie d'Emmet*. Si la muqueuse est éversée, hypertrophiée, fongueuse : *opération de Schröder ou de Markwald Simon*. Si le col est intéressé dans toute sa profondeur, déformé, très gros, l'amputation s'imposera.

L'endométrite cervicale et corporelle coexistant fréquemment, il sera indiqué de faire précéder les opérations du col d'un curettage.

B. *Mérite du corps*. — La muqueuse du corps se trouvant altérée, nous devons faire pénétrer dans la cavité

utérine des agents modificateurs. Pour cela faire, nous dilaterons au préalable cette cavité, et nous ferons suivre cette dilatation de lavages intra-utérins antiseptiques pour bien déterger la muqueuse et permettre ainsi à l'agent modificateur de se trouver en contact intime avec elle. Ces précautions une fois prises on peut agir sur la muqueuse de diverses façons.

1° *Traitement par les pansements intra-utérins.* — On introduit dans la cavité utérine des mèches de gaze aseptique, enduites d'un liquide antiseptique et modificateur (*glycérine iodée, iodoformée, ichthyolée, créosotée* à 1/10 ou à 1/5 *solution de formol...* Ce procédé a le grand avantage de drainer l'utérus et de bien isoler les parois de la cavité du corps.

2° *Traitement par les crayons médicamenteux.* — Consiste à appliquer dans la cavité utérine un crayon plus ou moins rigide mais fusible et comprenant dans sa composition des antiseptiques variés (*iodoforme, ichthyol, dermatol, salol, sublimé....*) On tamponne ensuite lâchement le vagin.

3° *Traitement par les injections intra-utérines* de solutions antiseptiques et modificatrices à l'aide de la seringue de Braün.

4° *Traitement par cautérisation.* — Consiste à détruire la muqueuse par des caustiques. Ce procédé peut être très dangereux, aussi faut-il être très prudent, car, si l'action caustique dépasse la muqueuse et atteint plus profondément la musculature utérine, il peut se produire du tissu cicatriciel qui amènera le rétrécissement, l'oblitération de la cavité

utérine, ce qui peut avoir des conséquences fâcheuses pendant la période d'activité de l'organe.

5° *Traitement par le curettage.* — Lorsque par les procédés que nous venons de décrire on ne peut venir à bout de la métrite, on a recours depuis Récamier au curettage qui consiste à abraser à la curette la muqueuse utérine altérée, en conservant les culs-de-sac glandulaires destinés à régénérer la membrane. Sans vouloir insister sur le manuel opératoire, nous dirons qu'il faut ajouter une grande importance aux soins pré ou postopératoires (repos, injections modificatrices...) et que c'est pour les avoir méconnues que beaucoup de médecins constatent des insuccès.

Nous ne ferons qu'indiquer le *bâtonnage de l'utérus* pratiqué en 1889 par Dumontpallier, à l'aide de bâton de *chlorure de zinc*, introduit dans l'utérus et qui est complètement abandonné ; les applications thérapeutiques de la vapeur d'eau bouillante préconisées par Sneguireff (de Moscou), la *vapo-cautérisation intra-utérine*, décrite par Bothers ; l'*électrolyse*, peu employée ; la *kinésithérapie* (Brandt et Stapfer), qu'il ne faut jamais employer avant que les phénomènes aigus soient complètement calmés ; encore dans une main peu expérimentée ces troubles peuvent-ils être réveillés ?

Lorsque le col est volumineux l'amputation rend de grands services en favorisant la régression utérine et en supprimant un foyer infectieux, véritable éponge remplie de microbes, pouvant par les lymphatiques nombreux qui en émergent être la source de récurrences nombreuses et d'infections péri et paramétritiques.

Enfin, lorsque la métrite résiste à tous les traitements on est quelquefois réduit à pratiquer l'hystérectomie vaginale.

Voilà, résumée dans ses grandes lignes, la conduite à tenir

dans le traitement de la métrite vraie. Nous voyons qu'ici la notion qui nous a guidé est l'existence de l'infection, et les moyens que nous avons employés n'ont d'autre but que d'atteindre le microbe.

Traitement des troubles utérins de nature neuro-arthritique

Tout autre va être notre ligne de conduite chez les malades qui nous occupent. Ici point de microbes ; c'est au terrain, à la mauvaise nutrition que nous allons nous attaquer : aussi, à côté du traitement local, donnerons-nous une grande importance au traitement général qui aura pour but, en modifiant le terrain, d'agir heureusement sur les troubles locaux du côté de l'utérus.

Et tout d'abord il est une question que nous devons nous poser :

Que faut-il ne pas faire ?

Primum non nocere. Nous devons nous abstenir :

1° *D'injections vaginales.* — Elles peuvent être nuisibles si elles ne sont pas aseptiques ; en tout cas elles n'auront pas d'effet curatif. Dans le cas de fortes hémorragies elles seront avantageusement remplacées par des irrigations rectales très chaudes.

2° *De cautérisations.* — Au moyen de crayons médicamenteux ou de *l'électrolyse*, l'irritation portée au niveau de la muqueuse utérine ayant toutes les chances d'augmenter l'écoulement sanguin.

3° *De tampons.* — Seuls les tampons glycélinés, par les propriétés osmotiques de la glycérine, peuvent être utiles dans les formes catarrhales avec hydorrhée abondante.

4° *De curettage.* — Qui échoue toujours dans les hémor-

ragies provenant d'utérus congestifs et sensibles, avec muqueuses lisses, et, de plus, peut exaspérer les hémorragies et les douleurs et rendre les malades impotentes.

Que faut-il faire ?

Avant d'instituer un traitement local, il est une première indication que nous avons à remplir. Nous devons tout d'abord nous adresser à la diathèse, combattre le neuro-arthritisme, la tendance aux poussées congestives, point de départ de tout le mal.

1° *Hygiène alimentaire.* — Surtout régime *végétarien lacté*. La malade devra proscrire le vin, l'alcool, le café, l'alimentation carnée, surtout les viandes marinées ou faisandées, les poissons de mer, les coquillages, les mets épicés, les fromages forts..., principalement les *toniques* et les *ferrugineux*, « qui ruinent l'estomac, favorisent la constipation et surexcitent les nerfs » (Richelot), et que les malades prennent bien volontiers, se croyant anémiques. Or ces malades ne sont anémiques que parce qu'elles ont des pertes sanguines : elles n'ont pas de pertes parce qu'elles sont anémiques ; d'où nécessité de traiter l'état congestif pour faire cesser les pertes, et, à leur suite, l'anémie.

2° *Hygiène générale.* — a) Le repos absolu doit être évité aussi bien que le surmenage (tant moral que physique) : longues veilles, atmosphère surchauffée des salles de spectacle et de salon, qui ne peuvent que surexciter les nerfs, marches forcées, bicyclette, machine à coudre..., qui appellent la congestion du côté du petit bassin. Un exercice quotidien, modéré, graduel, au grand air sera au contraire indiqué.

b) *Kinésithérapie (massage et gymnastique).* — Nous emploierons ici le massage local (massage de l'utérus), le

massage abdominal (frictions circulaires sur le ventre avec la brosse de flanelle), le massage général de tout le corps (avec un gant de crin).

Les troubles neuro-vasculaires que nous avons indiqués se résument dans des troubles vaso-moteurs ayant pour conséquence une parésie des vaisseaux, et, par suite, une déficiente irrigation de l'utérus. Le massage, appliqué avec méthode, fera disparaître ces troubles vaso-moteurs (neuro-vasculaires) en redonnant aux vaisseaux toute leur élasticité, leur contractilité, et en assurant ainsi une circulation libre et normale dans tout le territoire d'irrigation; d'où l'effet bienfaisant sur les métrorragies et sur la régularisation du flux menstruel lorsque le diagnostic sera posé de bonne heure. Grâce à la vitalité rendue au tissu musculaire, aux ligaments, on pourra arriver à réduire les déviations utérines et à les maintenir réduites. On aura aussi un effet des plus heureux sur la ptose des viscères abdominaux, qu'on pourra en quelque sorte conjurer par le port d'une ceinture hypogastrique.

La kinésithérapie aura un effet décongestionnant, résolutif et analgésique. Appliquée à temps, elle peut être curative. Plus tard, par une régularisation de la nutrition des tissus et des organes, elle peut prévenir des transformations tardives (formation de l'utérus géant) et éviter une intervention chirurgicale radicale.

c) *Electrothérapie*. — C'est l'hémorragie utérine primitive essentielle qui est seule justiciable de l'électrothérapie. « L'électrothérapie, dit Doléris, rendra de réels services dans les formes hémorragiques de la congestion utérine. » Elle réveille la tonicité du parenchyme, car les tissus utérins sont atones, en leur donnant une excitation permanente et durable. Cette excitation, on peut l'obtenir par :

1° *La faradisation.* Tripier se servait d'un hystéromètre, qu'il introduisait dans l'utérus, et fermait le circuit sur l'abdomen. Apostoli modifia ce procédé et porta dans l'utérus son électrode intra-utérine bipolaire. Siredey proclame qu'il ne faut pas « *d'hystérométrie dans la congestion utérine.* »

2° *Les courants continus, avec intermittences rythmées* (Chéron) ;

3° *L'électricité appliqué suivant la méthode de Danion* (Hepp) ;

4° *Le courant sinusoïdal rythmiquement interrompu* (Lavât) ;

5° *Le courant ondulatoire.*

Tous ces moyens sont excellents lorsque les accidents ne datent pas de longtemps. On arrive ainsi à réveiller très rapidement le fonctionnement de la musculature utérine et à enrayer l'*engorgement* ; les douleurs s'amendent et les hémorragies diminuent. Comme le recommande Lavat, il y a un certain intérêt à varier de temps en temps le mode d'application pour éviter l'accoutumance.

d) *Hydrothérapie.* — C'est le meilleur sédatif du système nerveux. Les douches froides seront indiquées chez les malades apathiques et déprimées. Les douches prolongées ou douches écossaises chez celles dont l'éréthisme nerveux est très accentué ou qui sont particulièrement sensibles à l'eau froide.

Les grands bains chauds alcalins, les lotions froides, les frictions avec drap mouillé, la douche froide ou tiède, ou chaude suivant l'aptitude plus ou moins grande de la malade à réagir, seront employées avec succès.

e) *Cures thermales.* — a) *Formes douloureuses.* — Les eaux thermales simples, très faiblement minéralisées : Nérès, Plombières, Luxeuil, Ragatz... seront indiquées.

b) *Congestion et engorgement chronique.* — Bagnoles-de-l'Orne.

c) *Quand les troubles de la nutrition l'emportent.* — Châtel-Guyon, Vals, Vichy, Pougues, Royat...

Si l'on ne peut se déplacer, on peut faire à domicile une cure alcaline avec de nombreuses eaux bicarbonatées sodiques, de préférence Vals ou Vichy.

f) *Climat marin et climat d'altitude.* — Il est indéniable que les fluxions génitales s'exagèrent à la mer, du moins pendant les premiers temps, et se manifestent par de la leucorrhée abondante et des ménorragies. Le climat marin affecte aussi l'élément nerveux : le réveil des névralgies, l'insomnie, l'état d'agitation extrême, ressentis par certaines femmes, explique le fâcheux effet de l'air marin sur les nerveuses à spasmes faciles, à névralgies persistantes. Nous devons donc le proscrire absolument à nos malades, qui sont des nerveuses et des congestives, sous peine de voir leurs troubles s'aggraver. L'air de la campagne, au contraire, le climat d'altitude leur conviennent mieux par leur action bienfaisante sur la régularisation des fonctions organiques et des échanges nutritifs.

g) *Lutter contre la constipation.* — Il faut éviter la constipation qui est de règle chez les arthritiques et qui maintient la congestion dans le petit bassin. On donnera de temps en temps un grand lavement *d'huile et de camomille*. On fait bouillir au bain-marie et séparément 150 grammes d'huile d'olive et autant d'infusion forte de camomille, puis on mêle.

On met le tout dans un bock et l'on adapte au tube de caoutchouc une sonde de Nélaton qu'il ne faut pas craindre d'enfoncer profondément ; on doit faire pénétrer le liquide sans pression. On donnera dans la suite un laxatif quotidien : *caseara*, *podophyllin*, *rhubarbe*, *belladone*, excellente chez les névropathes. On combinera l'exercice régulier avec les frictions abdominales à la brosse de flanelle et on arrivera ainsi à vaincre la constipation.

Une autre question se pose maintenant à nous. Doit-on donner des médicaments à ces malades? Lorient fait remarquer que tous les médicaments sont nuisibles chez les neuro-arthritiques. On donnera cependant des *alcalins* à haute dose (bicarbonate de soude) et des *iodures* d'une façon régulière.

L'*antipyrine*, à la condition de n'en pas trop prolonger l'usage, la *belladone*, la *valériane*, si l'on n'en abuse pas, seront d'un précieux secours comme sédatifs du système nerveux. On pourra encore avoir recours aux lavements laudanisés, aux suppositoires (belladone, opium).

Les *hémostatiques* ordinaires ont-ils une influence sur l'hémorragie? Lorsque l'hémorragie est abondante et ne date que de quelques jours, aucune. L'ergot est nul ou même néfaste si les parois artérielles sont rigides et scléreuses.

Il en est de même pour l'*hamamelis* et l'*hydrastis*; on peut avoir cependant quelques bons résultats dans les formes chroniques.

TRAITEMENT LOCAL. — Nos malades, avons-nous dit plus haut, se plaignent surtout de fortes douleurs, d'abondantes hémorragies. Supposons le cas où l'on est appelé au moment d'une crise aiguë : que faut-il faire?

La douleur sera calmée par l'*antipyrine* et mieux la *morphine* en injection sous-cutanée. On pourra avoir recours aux *suppositoires calmants*, aux *lavements laudanisés*. Mais le

traitement héroïque en pareil cas est la *compresse échauffante*, et surtout les applications de *Priessnitz* (serviette trempée dans de l'eau salée, au-dessus couche de ouate, le tout recouvert de taffetas gommé et formant une sorte de cataplasme qui s'échauffe au contact du ventre). Si le col est dur, hypertrophié, turgescant, Siredey a conseillé d'y mettre quelques *sangsues*; il est préférable de faire quelques *scarifications* qui, en décongestionnant l'organe, atténueront la douleur.

Si l'hémorragie est abondante, il sera inutile de recourir aux hémostatiques ordinaires qui, le plus souvent, ne donnent aucun résultat. On fait habituellement de grandes *injections* vaginales très chaudes; mais elles peuvent avoir l'inconvénient de traumatiser le col, de détacher les caillots déjà formés, et de permettre ainsi la continuation de l'hémorragie. On les remplace très avantageusement par les *grandes irrigations rectales chaudes*.

Est-on consulté par une malade *qui souffre habituellement du ventre ou qui perd en blanc, ou en rouge*, et chez laquelle, en l'absence de toute infection, on découvre le neuro-arthritisme?

On instituera aussitôt le traitement général, avant de s'occuper du traitement local. On s'adressera ensuite au symptôme *hémorragie, douleur* que l'on traitera comme il vient d'être indiqué; le symptôme *hydrorrhée* disparaîtra sous l'influence du traitement général; de plus, dans ce cas, la glycérine, par son avidité pour l'eau, pourra rendre de grands services. Dans les formes congestives et douloureuses, on aura recours à l'un des deux procédés suivants : *la dilatation lente et progressive du col, la columinisation du vagin*, qui, par leur action mécanique, décongestive et excitante, pourront donner de bons résultats.

On devra encore éviter *la constipation, les ptoses viscérales*;

et pour cela, outre l'emploi *des laxatifs quotidiens*, on prescrira le port *d'une ceinture hypogastrique*.

Nous avons vu que l'utérus chez nos malades était souvent soit-en rétroversion, soit on *rétroflexion*. Comment faire pour le réduire? Mettre un *pessaire*? Mais habituellement il sera mal supporté par ces femmes particulièrement nerveuses ; il en sera de même de *l'hystéropexie*, qui en tirillant ces ligaments pourra exagérer les douleurs. Ce qu'il faut surtout c'est *diminuer le poids de la masse intestinale* (laxatifs, ceinture abdominale), *rendre aux ligaments leur tonicité* (columnisation, lavements chauds, massage).

Dans quel cas faudra-t-il intervenir chirurgicalement ? et comment interviendra-t-on ?

Chez les *vierges* dont le col est très *congestionné, turgescant*, on se trouvera bien de la *dilatation lente et graduelle* et de légères *scarifications* faites sur le col.

Si l'on pense à l'existence *d'ovaires polykystiques*, une laparotomie exploratrice sera indiquée ; *l'ignipuncture, la résection partielle* des ovaires donnera parfois de bons résultats.

Si malgré tout cela les phénomènes hémorragiques, douloureux, graves persistaient, il faudrait se résoudre à faire l'hystérectomie vaginale avec ablation des annexes.

Dans les formes *hémorragiques*, en cas d'échec bien constaté du traitement général, on a proposé la *ligature des artères utérines*. Si les hémorragies continuent on fera *l'hystérectomie vaginale*.

Dans les formes *douloureuses*, si la femme est encore éloignée de la ménopause on essaiera la *dilatation du col, l'ablation partielle des ovaires polykystiques s'ils existent*. Si la femme est près de la ménopause, on fera *l'hystérectomie vaginale d'emblée*.

Dans les formes *parenchymateuses avec col et corps gros*, *l'amputation sus-vaginale*, faite *très haut*, peut donner de bons résultats. On peut l'essayer avec chance de succès chez des femmes jeunes. Mais chez des femmes près de la ménopause ou ménopausées on fera *l'hystérectomie vaginale*. Dans les formes *parenchymateuses hypertrophiques* (gigantisme utérin) on fera d'emblée *l'hystérectomie vaginale*.

Dans les formes mixtes où nous trouvons l'infection évoluant chez une neuro-arthritique, c'est d'abord au tempérament, à la diathèse que l'on devra s'adresser, sous peine de voir toute thérapeutique rester inefficace, le processus infectieux s'éterniser si l'on s'adressait d'emblée à l'infection seule.

Pour nous résumer nous dirons que chez nos malades le traitement médical seul, s'adressant à la constitution, à l'état général doit être institué. Il donnera de bons résultats lorsque le diagnostic sera fait de bonne heure. Dans les cas graves, quand le traitement médical a échoué, que la femme est en danger, si le chirurgien doit intervenir, il n'y a qu'un seul traitement, *l'hystérectomie*, les opérations conservatrices ne donnant le plus souvent que de médiocres résultats.

Observation VI

(Inédite. — Due à l'obligeance de M. le professeur TEDENAT)

Menstruation douloureuse. — Utérus fibromateux lisse. — Ascendance
neuro-arthritique avec ptose viscérale

Marie M..., 21 ans, réglée à 14 ans. Les règles sont douloureuses, depuis le début de la menstruation, au point d'imposer souvent trois ou quatre jours de repos au lit, des cataplasmes laudanisés. Elles durent 7 ou 8 jours, abondantes. Par le toucher rectal (la malade est vierge) on sent l'utérus sensiblement augmenté le volume, dur avec de vagues bosselures. Les trompes sont elles aussi un peu épaissies;

pas d'adhérences. Un peu de ptose du rein droit avec de loin en loin quelques crises douloureuses. Après les règles, pertes blanches pendant trois ou quatre jours. La malade a tiré quelque soulagement de frictions sèches, bains chauds, régime végétarien, iodure de potassium à faibles doses.

Quelques particularités à noter dans les ascendants. Le père est atteint de rhumatisme erratique articulaire. La mère a depuis l'âge de 30 ans des accidents liés à une ptose accentuée des deux reins et du côlon transverse, avec accidents gastralgiques grandement améliorés par une sangle de Glénard, remplacée utilement, depuis six mois, par un corset-sangle Réos.

Unesœur de la mère est atteinte de ptose viscérale, de névralgies faciales, de migraines, de menstruation douloureuse.

Ces personnes sont suivies par M. Tédénat depuis une dizaine d'années.

Observation VII

(Professeur TEDENAT)

(Due à l'obligeance du Dr Soubeiran, chef de clinique)

Sclérose utéro-ovarienne avec kyste de l'ovaire chez une arthritique

Laparotomie. — Guérison

Mme P..., ménagère à Quillan (Aude), 22 ans. Entre à l'hôpital le 1^{er} avril 1902, pour douleurs abdominales et pertes rouges.

Elle a eu une chorée qui dura deux mois, à l'âge de 9 ans. Réglée à l'âge de 13 ans. Règles très irrégulières, durant de 12 à 14 jours par mois. Pas de pertes blanches.

A l'âge de 16 ans, la malade éprouve des douleurs abdominales et de la dysménorrhée. M. Tédénat, consulté à ce moment, trouva un utérus gros et fit le diagnostic de *rétroversion chez une arthritique avec sclérose utérine*.

A l'examen des urines : *hypoazoturie et albuminurie*.

M. Tédénat ordonne un régime spécial (*légumes, absence de viandes, douches, frictions sèches, exercice modéré*) ; la malade se trouva fort

bien de ce régime et n'avait plus aucun trouble au bout d'un an environ.

La malade se maria, il y a un an, et changea de régime. Elle allait très bien depuis quelque temps, lorsque subitement, quelque temps après son mariage, les troubles reparaissent et la décident à rentrer à l'hôpital.

Deux mois après son mariage, les règles manquèrent ; elle eut des douleurs gastriques, des nausées, des vertiges qui lui ont fait croire à une grossesse. Puis, au cinquième mois de son mariage, les règles sont venues (18 janvier 1902).

Elle prit des lavements laudanisés pendant 8 jours. 4 jours après, nouvelles pertes rouges durant 3 jours. Depuis lors elle perd en rouge irrégulièrement tous les 4 ou 5 jours ; ces pertes sont, en général, légères. Le 28 mars, cependant, la perte a été assez abondante, avec de petits caillots, et, depuis lors, elle perd tous les jours. De plus, elle souffre dans la région lombaire et éprouve, de temps en temps, quelques douleurs en urinant. La malade prétend avoir vu son ventre grossir, ainsi que ses seins. Elle a également un peu engraisé. Depuis 3 ou 4 jours, elle souffre du côté de la fosse iliaque gauche ; les douleurs sont assez fortes et sourdes.

Etat actuel. — Femme à facies coloré, rougeaude, un peu nerveuse, sans crises cependant.

L'appétit est moyen. Elle digère assez bien, ne vomit jamais. Pas de constipation ni de douleurs dans le bassin. Elle ne tousse pas. Le cœur est normal (pouls 80).

Les artères sont peu souples.

L'urination est normale (deux fois la nuit d'habitude).

Les urines donnent à l'analyse, le 9 avril :

14 gr. 8.....	d'urée par litre
1 gr. 50.....	d'albumine
1013.....	à la densité

Leur réaction est acide.

Examen. — Les reins sont assez volumineux, durs. Il existe quelques tubercules ; pas de masque spécial.

L'abdomen possède une paroi grasse. On ne délimite pas l'utérus.

Au toucher : le vagin est normal.

Le col regarde à gauche. Il est peu mou, entr'ouvert.

Le corps est incliné à droite et paraît augmenté de volume.

Le cul-de-sac gauche est effacé. On sent les annexes gauches du volume du poing. Elles sont dures et peu douloureuses.

M. Tédénat pense à une grossesse extra-utérine siégeant à gauche.

7 avril. — La malade perd en rouge et a des douleurs lombaires. Elle attend ses règles le 8. On donne des injections vaginales chaudes.

8. — La malade ne perd plus en rouge ; elle souffre dans la région lombaire. On propose une intervention.

9. — La perte a reparu hier, assez abondante. La malade a rendu des caillots du volume d'un œuf, dans lesquels il est impossible de retrouver des membranes. Elle souffre dans la région lombaire. Le facies est bon. On donne deux lavements salés par jour.

10. — La malade a encore perdu la veille. Elle a *marqué* pendant quelques jours, puis elle a eu un faux travail (expulsion de la caduque). Le pouls est à 105.

Le col tend à se fermer. On donne un lavement laxatif.

11. — Quelques coliques dans la nuit précédente.

Perte rouge, légère, avec de petits caillots.

Elle ne souffre pas ce matin. On la prépare.

Elle a été purgée avec l'eau de Sedlitz.

Au toucher : le col est un peu moins ouvert. Il se referme ; la tumeur semble diminuer. Rien dans le col.

12. — *Opération.* — Anesthésie à l'éther. Laparotomie. Incision sous-ombilicale. Paroi très grasse. Le ventre ouvert, l'opérateur va saisir les annexes gauches et une tumeur ovarique du volume d'une orange moyenne apparaît. Sa coloration est bleuâtre et sa surface lisse.

Elle adhère à la trompe et on doit l'en séparer ; son pédicule est lié au catgut ; un surjet de catgut ferme la ligne qui l'unissait à la trompe. Sur la trompe il existe deux ou trois petits kystes ; la trompe est saine.

L'utérus est un peu gros et incliné à droite, rose pâle, sans bosselures fibromateuses.

Annexes droites. — Trompe normale avec deux ou trois petits kystes ; ovaire jaunâtre, sillonné comme celui d'une femme plus âgée (*sclérose utérine et ovarienne*).

Suture du péritoine avec surjet de catgut, et de la peau au crin de Florence. Pansement.

Examen de la pièce. — Le kyste s'est vidé au cours de l'opération.

Il s'est écoulé un liquide clair et limpide. Son volume était celui d'une orange. Sa couleur est blanc bleuâtre.

La paroi est épaissie à un de ses pôles et formée là par l'ovaire épaissi et bourré de kystes.

À l'incision de la poche, la face interne apparaît rouge et très vascularisée, et sur elle font saillie une foule de petits kystes à liquide clair.

13. — On ordonne un lavement de lait et deux lavements de sérum. Nuit calme. Pas de vomissements. Température : 38° le soir.

14. — Température : 37°6. Pouls 116. Facies excellent. Emission de gaz. Pas de suintement.

15. — Ne perd pas, selle abondante la veille, après un lavement laxatif : Temp. : 39°4 le soir.

16. — Premier pansement. Un peu de rougeur sur la plaie.

17. — Temp. : 39°, la veille au soir. La malade va bien du corps, ne souffre pas. Facies excellent.

20. — Pansement. Suppuration légère du dernier fil. Ablation des fils.

30. — La légère sécrétion de la plaie est lavée. La malade engraisse.

15 mai. — Sort complètement guérie.

Observation VIII

(Inédite. Due à l'obligeance de M. le professeur TEDENAT)

Mme A. Brug..., de S... (Aude), 26 ans.

Père mort à 50 ans de cardiopathie chronique, Mère bien portante.

Elle a eu à 8 ans une chorée légère qui a duré deux mois.

Réglée à 16 ans pendant trois mois ; puis pendant deux ans les règles sont remplacées par un flux laiteux abondant qui dure cinq ou six jours et est précédé de douleurs lombo-abdominales assez vives pour imposer le repos au lit pendant un ou deux jours. Depuis l'âge de 19 ans, les règles viennent tous les mois, précédées de douleurs lombo-abdominales, quelquefois peu abondantes et alors doulou-

reuses, d'autre fois avec caillots. Leur durée habituellement de huit à dix jours. Dans l'intervalle leucorrhée blanche, claire, presque aqueuse.

Juin 1894. — Malade de haute taille (1 m. 75), forte, un peu grasse, pieds froids, visage coloré, congestif; mangeant peu, avec de temps en temps des douleurs d'hyperchlorhydrie; constipée.

Ptose appréciable du rein droit et du côlon transverse.

Mariée depuis deux ans, pas de grossesse, pas de modification dans l'état fonctionnel de l'appareil génital.

L'examen donne les résultats suivants: vulve, périnée, vagin normaux, sauf un peu de flaccidité de la paroi vaginale. Utérus légèrement abaissé. Col gros, lèvres en direction normale, corps utérin gros, dur, antéflexion légère.

Bains salés chauds, frictions sèches, promenade au grand air. Une saison annuelle à Luxeuil. La malade revue tous les ans par M. Tédénat se trouve bien, est réglée régulièrement mais n'a pas de grossesse. L'utérus reste gros sans tendance au prolapsus qui reste toujours peu marqué.

Observation IX

(Inédite. — Due à l'obligeance de M. le Professeur TÉDENAT)

Louise B..., 33 ans. Père goutteux depuis l'âge de 41 ans. Réglée à 13 ans; souffre depuis l'âge de 15 ans deux ou trois jours avant l'arrivée des règles, qui mettent fin aux douleurs. La menstruation, abondante, dure cinq jours. De loin en loin, elle ne se marque que par quelques gouttes de sang mêlées à un écoulement blanc crémeux, abondant.

Mariée à 23 ans, elle n'a jamais eu de grossesse, et son état ne s'est pas modifié au point de vue des fonctions génitales.

Le mari, bien portant, n'a jamais eu d'urétrite.

La malade est de taille moyenne, fortement charpentée; poulx à 80 en moyenne, artères petites, pannicule adipeux plus développé que la moyenne.

Pas de ptose, pas de troubles digestifs. Rien à noter aux poumons ni au cœur.

L'exploration combinée donne les résultats suivants : périnée en parfait état, bien musclée. Le col est normal, pourtant un peu long, à orifice arrondi, avec sa lèvre antérieure un peu allongée, sans trachéite glandulaire. Il regarde dans l'axe du vagin. Le corps de l'utérus, gros, dur, vaguement bouclé, est en rétroversion avec flexion postérieure légère. Rien à noter aux annexes.

M. Tédénat pratique facilement la réduction de l'utérus qui est maintenu par un Hodge. Injection chaude trois ou quatre fois par semaine. Bains de siège chauds tous les deux jours, frictions sèches. Grande amélioration deux ans après (1896).

Grossesse régulière et accouchement normal. Grâce à une alimentation lacto-végétarienne, à des frictions sèches, à une vie active, la malade souffre peu. Depuis son accouchement, le Hodge, qui a été gardé jusqu'au septième mois de la grossesse, n'est plus nécessaire. L'utérus, un peu moins gros, est en position presque normale.

Observation X

(Professeur TÉDENAT)

Hypertrophie de l'utérus. — Perles aqueuses fétides. — Légères ménorragies. — Petit brightisme. — Guérison.

Mme Marie C..., âgée de 41 ans, réglée à 15 ans d'une façon irrégulière et avec des accidents de chlorose peu graves jusqu'à 19 ans. Mariée à 23 ans. Les règles sont régulières depuis l'âge de 20 ans, durant quatre, cinq jours, d'abondance moyenne avec quelques fleurs blanches. Accouchements normaux à 25 ans, 29 ans, 34 ans ; suites de couches simples.

Vie sédentaire, *alimentation surtout carnée*. Constipation habituelle et tenace, nécessitant depuis l'âge de 25 ans des lavements fréquents. Depuis 5 ou 6 ans, malgré une alimentation peu abondante et des digestions lentes, la malade a *beaucoup engraisé*, et, pour combattre cet état, elle a exagéré l'alimentation carnée. *Maux de tête fréquents, vagues douleurs rhumatoïdes dans les membres ; extrémités froides, susceptibilité accentuée au froid.*

Depuis 6 mois (mai 1893), pesanteur dans les lombes et à l'hypo-

gastre ; les règles, un peu plus abondantes mais sans caillots, durent cinq ou six jours au lieu de quatre ou cinq. Mais les pertes blanches fluides sont très abondantes, mouillant le linge ; elles sont devenues très fétides. Cette fétidité a fait diagnostiquer un cancer de l'utérus.

20 octobre. — Malade pâle, s'essoufflant facilement. Rien aux poumons, bruits du cœur un peu faibles, sans dilatation, sans souffles organiques, pouls petit à 90. Pas d'œdème aux membres inférieurs. L'urine varie de 800 à 1000 grammes et contient de 10 à 12 grammes d'urée ; pas d'albumine.

Abdomen : Battements *épigastriques*, *dilatation du gros intestin en ptose*. *Rein gauche un peu abaissé*. *Utérus mou*, à col entr'ouvert, sans lésions de trachélite. *Corps en rétroversion légère* avec abaissement. Longueur intérieure, 8 centimètres ; à l'hystéromètre et à l'exploration digitale, on trouve la muqueuse épaissie, molle, sans fongosités et sans formations polypeuses. Le tissu utérin est plutôt flasque. Pendant dix jours, irrigation intra-utérine chaude avec de l'eau salée à 7/1000, drainage avec gaze iodoformée ; frictions sèches sur tout le corps ; régime lacto-végétarien. Sangle de Glénard contre la ptose viscérale.

3 novembre. — Utérus plus ferme, pertes fortement diminuées. Les règles durent du 4 au 9 novembre, un peu moins abondantes. Sensation de pesanteur moindre, toute odeur des pertes a disparu. La malade rentre dans sa maison. M. Tédénat l'a revue souvent en bonne santé. Elle continue les frictions sèches, prend tous les cinq jours un bain chaud contenant 6 kilogrammes de sel marin et 200 grammes de carbonate de soude. Son alimentation consiste en un litre de lait et des légumes. La constipation a disparu, les règles sont régulières ; la leucorrhée est insignifiante et sans la moindre odeur.

CONCLUSIONS

Il est un fait certain, c'est que l'origine, l'hérédité, la race marquent d'une empreinte profonde l'évolution sexuelle, et l'on ne peut nier que la constitution, la diathèse neuro-arthritique, ne soient à la source de la plupart des troubles non inflammatoires de l'utérus. Nous avons vu chez nos malades ces troubles utérins évoluant d'une façon toute spéciale, le *neuro-arthritisme* créant en quelque sorte la *douleur*, la *congestion*, la congestion produisant des *hémorragies*; nous avons vu également la congestion aboutissant à la *sclérose*, mais à une sclérose habituellement généralisée de tout l'organe, caractérisée par une tendance à l'hypertrophie, tendance qui se manifeste pendant toute la période d'activité de l'organe et que nous voyons régresser seulement quelquefois à la ménopause. La sclérose d'origine infectieuse au contraire survenant après une métrite est le plus souvent partielle, et à une période d'hypertrophie plus ou moins longue succède l'atrophie de l'organe. L'anatomie pathologique en nous montrant l'absence totale de processus infectieux, l'efficacité du traitement s'adressant à la diathèse seule, viennent corroborer notre manière de voir.

Il est donc légitime lorsque la notion d'infection utérine antérieure, lorsque les traces de cette infection font défaut, d'attribuer au neuro-arthritisme seul (après avoir éliminé toutes les causes capables de les produire), les troubles tro-

phiques, vasculaires, nerveux et glandulaires que traduisent l'hypertrophie de la matrice, les hémorragies, les douleurs, le catarrhe cervical non purulent, en un mot tout le syndrome utérin qui rappelle aujourd'hui le diagnostic de la métrite.

Nous pouvons donc tirer de notre travail les conclusions suivantes :

1° Il existe à côté de la *métrite chronique* d'origine infectieuse un ensemble de troubles utérins : *hydropéries, douleurs, hémorragies* formant un véritable « syndrome utérin » dont la nature doit être rattachée au seul tempérament neuro-arthritique.

2° Cette conception est légitimée par l'évolution de ces troubles utérins chez des malades n'ayant jamais présenté antérieurement la moindre trace d'infection et chez lesquelles nous ne trouvons aucune autre cause (maladie infectieuse, affections des autres organes, intoxication), capable de les expliquer. — L'étude anatomo-pathologique, par l'absence de tout processus infectieux, l'efficacité du traitement s'adressant à la diathèse seule, viennent corroborer notre manière de voir.

3° Ces troubles utérins affectent tout particulièrement des personnes chez lesquelles nous voyons se manifester à des degrés divers quelques-uns des stigmates du neuro-arthritisme. Ils peuvent apparaître aux différents âges de la vie génitale ; mais c'est particulièrement aux deux âges extrêmes (puberté et ménopause) que nous les voyons se montrer avec leur plus grande intensité.

4° La métrite vraie peut également se manifester chez des malades neuro-arthritiques, donnant ainsi naissance à une forme *mixte*, évoluant d'une façon toute spéciale.

Nous devons dans ce cas tenir grand compte dans le traitement et de la notion *terrain* et de la notion *microbe, infection*.

5° Le traitement de ces *troubles neuro-arthritiques* est bien différent de celui des *métrites vraies* ; c'est surtout à la constitution, à l'état général de la malade qu'il devra s'adresser. On obtiendra d'excellents résultats d'une hygiène bien comprise (*régime, hygiène générale, hydrothérapie...* et des moyens physiques *kinésithérapie, électrothérapie...* employés avec méthode. Diagnostiqués de bonne heure, ces troubles pourront être conjurés ; dans un stade plus avancé, on arrivera à une amélioration notable. Dans les formes rebelles, enfin, pouvant faire craindre pour les jours de la malade, il n'y aura qu'un seul traitement rationnel : *l'ablation de l'utérus par hystérectomie vaginale*.

Vu et approuvé :

Montpellier, le 1^{er} mai 1906

Le Doyen,

MAIRET

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 1^{er} mai 1906

Le Recteur,

ANT. BENOIST.

BIBLIOGRAPHIE ¹

- ARAN. — Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris, 1857.
- ARCHAMBAUT. — La toux utérine et son traitement. Thérapeutique contemporaine, 1902, VII, p. 139.
- ARTHUS. — Des pseudométrites. Th. Montpellier, 1902-03.
- AUVARD. — Traité de Gynécologie. Paris, 1894.
- BERNUTZ et GOUPIL. — Cliniques sur les maladies des femmes. Paris, 1860.
- BOUILLY. — De la métrite associée au prolapsus utérin. Bulletin de la Société de Chirurgie. Paris, 1894.
- Le curettage de l'utérus ; ses abus, ses succès, ses indications. Bull. général de Thérap. Paris, t. XVI, 1895.
 - Des poussées congestives intermenstruelles. Rev. de Gyn. et chir. abd. Paris, 1897.
 - La sclérose utérine et la vraie métrite (Discussion). Comptes rendus de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pædiatrie. Paris, 1^{er} juin 1900.
 - De la dysménorrhée des jeunes filles et des jeunes femmes. La Gynéc. Paris, 1902, t. VII, p. 193-199.
- BOUTON. — Métrite des vierges. Th. Paris, 1887.
- BRIOUDE. — Scléroses de l'utérus. Th. Paris, 1896.
- BRUANT. — De la mélancolie survenant à la ménopause. Th. Paris, 1888.

(1) Pour les auteurs étrangers, voir pp. 20-21.

- CAZALIS. — Contribution à la pathogénie de l'arthritisme. Paris, 1895.
- CHAHINIAN. — La neurasthénie, liée aux trois grandes étapes génitales. Th. Bordeaux, 1899.
- CORNIL. — Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites. Paris, 1889.
- COURTY. — Traité pratique des maladies de l'utérus, 3^{me} édit. Paris, 1881.
- DALCHÉ. — Métrite interne chez une vierge. Gaz. Méd. de Paris, 1885.
- DELBET. — Art. Métrites, in Traité de Chirurgie, Duplay et Reclus, t. VIII. Paris, 1892.
- DOLÉRIS. — De l'endométrite et de son traitement. Bull. et Mém. Soc. d'obst. et de gynéc. Paris, 1887.
- Troubles physiologiques non inflammatoires de l'utérus (Fausses métrites). Nouv. archives d'Obst. et de Gyn. Paris, 1893.
 - Troubles utérins d'origine dégénératrice. Sclérose utérine. La gynécologie, 1901, n° 2, p. 97.
 - Métrites et fausses métrites, Paris 1902.
 - Fausses métrites de la ménopause. Méd. moderne, Paris, 1902.
- DONALD. — Endométrite et métrite chronique chez les vierges. Nat. of. Engl. Obst. and Gyn. Soc. ; 15 janvier 1904.
- DUPARCQUE. — Traité des maladies de la matrice. Paris, 1839.
- DUPUY. — Des métrorragies essentielles ou idiopathiques. Paris, 1892.
- GALLARD. — Leçons cliniques sur les maladies des femmes, 1879.
- GUELLER (Mlle). — Métrorragies chez les jeunes filles. Th. Paris, 26 juin 1901.
- HALLÉ. — Recherches sur la bactériologie du canal génital de la femme. Th. Paris, 1898.
- GINTZBERG (Mlle). — Contribution à l'étude de la kinésithérapie. Th. Montpellier, 1905.
- HEPP. — Sclérose utérine et métrites chroniques. Th. Paris, 1899.

- HOLMAN. — Menstruation chez les femmes rhumatisantes. Th. Paris, 1877.
- HUGUIER. — Discussion sur les maladies utérines. Bull. de l'Acad. de Méd., t. XV, pp. 1-20, 1850.
- JOUIN. — Des différents types de métrite. Paris, 1892.
- LOCOARRET. — Nervosisme et troubles gastriques dans les affections chroniques de l'utérus. Arch. cliniques de Bordeaux, 1892.
- LOVIOT. — Traitement de l'hémorragie et de la congestion utérine chez les neuro-arthritiques. Annales de la Soc. obst. de France, 1902.
- MAUCLAIRE. — Notions pratiques sur le traitement des métrites. Bulletin médical, 11 juin 1904.
- MURÉT. — Du rôle du système nerveux dans les affections gynécologiques. Nouv. arch. d'obst. et de gyn., 25 juillet 1894.
- PHILIPPEAU. — Du traitement manuel des femmes. Gaz. de Gyn., 1890.
- PICHENS. — Considérations sur l'étiologie, la pathogénie et le traitement des métrites chroniques du col. Semaine gynécologique, 12 mars 1901.
- PICHEVIN. — Les fausses utérines. Semaine gynécologique, 1897.
- PIERRA. — Contribution à l'étude de la congestion utérine primitive chez les arthritiques nerveuses. Communication au IV^{me} Congrès de Gyn. Obst. et Pédiatrie (Rouen 1904) *In* La Gynécologie, 1904.
- POZZI. — Etiologie et pathogénie des métrites. Mercredi médical, 9 avril 1890.
- Traité de gynécologie, 4^{me} éd., 1905.
- RAFFRAY. — Des métrites. Th. 1894.
- RÉCAMIER. — Discussion sur les maladies utérines. Bull. de l'Acad. de Méd., t. XVII, 1850.
- RICHELOT. — Les pseudo-métrites des arthritiques nerveuses. Bulletin médical, 15 mars 1899.
- La sclérose utérine et la vraie métrite. Sem. gynéc., 1899.
- SOLÉ. — Contribution à l'étude des troubles nerveux dans les rétroversions utérines. Presse médicale belge. Bruxelles, 1902.

- SWITALSKY. — Métorrhagie intarissable. Centralbl. f. Gyn., 17 août 1895.
- THEILBAHER. — Corrélation entre les troubles gastro-intestinaux et les affections génitales de la femme. Berliner klin. Woch., 9 octobre 1893.
- TRÉPANT. — Métrite et diathèse. Arch. de Toc. et de Gynéc. Paris, 1895.
- TREUB. — Sur la nature de la soi-disant métrite hypertrophique. Gaz. médicale. Paris, 1892.
- VERIN. — Métorrhagies dans le rétrécissement mitral. Th. Paris, 1894.
- WILSON. — Troubles réflexes dans les maladies de l'utérus. Soc. d'obst. de Philadelphie, 4 février 1886.
- ZIMMER. — Hémorragies utérines ; indications et contre-indications de leur traitement électrique ; action électromotrice de l'électricité. Th. Paris, 1901.
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	9
Historique.....	17
Conditions étiologiques	22
Anatomie pathologique.....	28
A. — Etude anatomique et histologique des utérus atteints de métrite chronique.....	28
B. — Etude anatomique et histologique des uté- rus atteints de troubles de nature néuro-arthritique	32
Symptomatologie.....	37
Evolution de la métrite chronique chez des malades néuro-arthritiques. Formes mixtes.....	53
Diagnostic.....	56
A. — Leucorrhée.....	56
B. — Douleur.....	56
1° Douleur utérine physiologique.....	57
2° Douleur utérine d'origine pathologique...	57
C. — Hémorragie.....	60
1° Hémorragies par lésions traumatiques ou organique de la matrice.....	62
2° Hémorragies par fluxion ou stase sanguine dans les vaisseaux de la matrice.....	62

3° Hémorragies adynamiques, par altération du sang.....	63
4° Hémorragies pouvant se produire au cours des affections nerveuses.....	63
5° Hémorragies survenant au cours des affections des autres organes.....	64
Pathogénie.....	67
Traitement.....	71
Conclusion.....	91
Bibliographie.....	95

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École , de mes chers condisciples , et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure , au nom de l'Être suprême , d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent , et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons , mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés , et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

